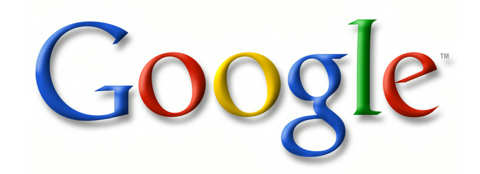




DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.

— 2e année. 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.

— 3e année. 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.

— 4e année. 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.

— 5e année. 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.

— 6e année. 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.

— 7e année. 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.

— 8e année. 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.

— 9e année. 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.

— 10e année. 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.

— 11e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages; traduit du portugais. Paris, 1858. 6 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Coulommiers. — Typogr. A. PONSOT et P. BRODARD.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Rédacteur en chef de la *Santé publique*.

Douzième année, 1876



PARIS

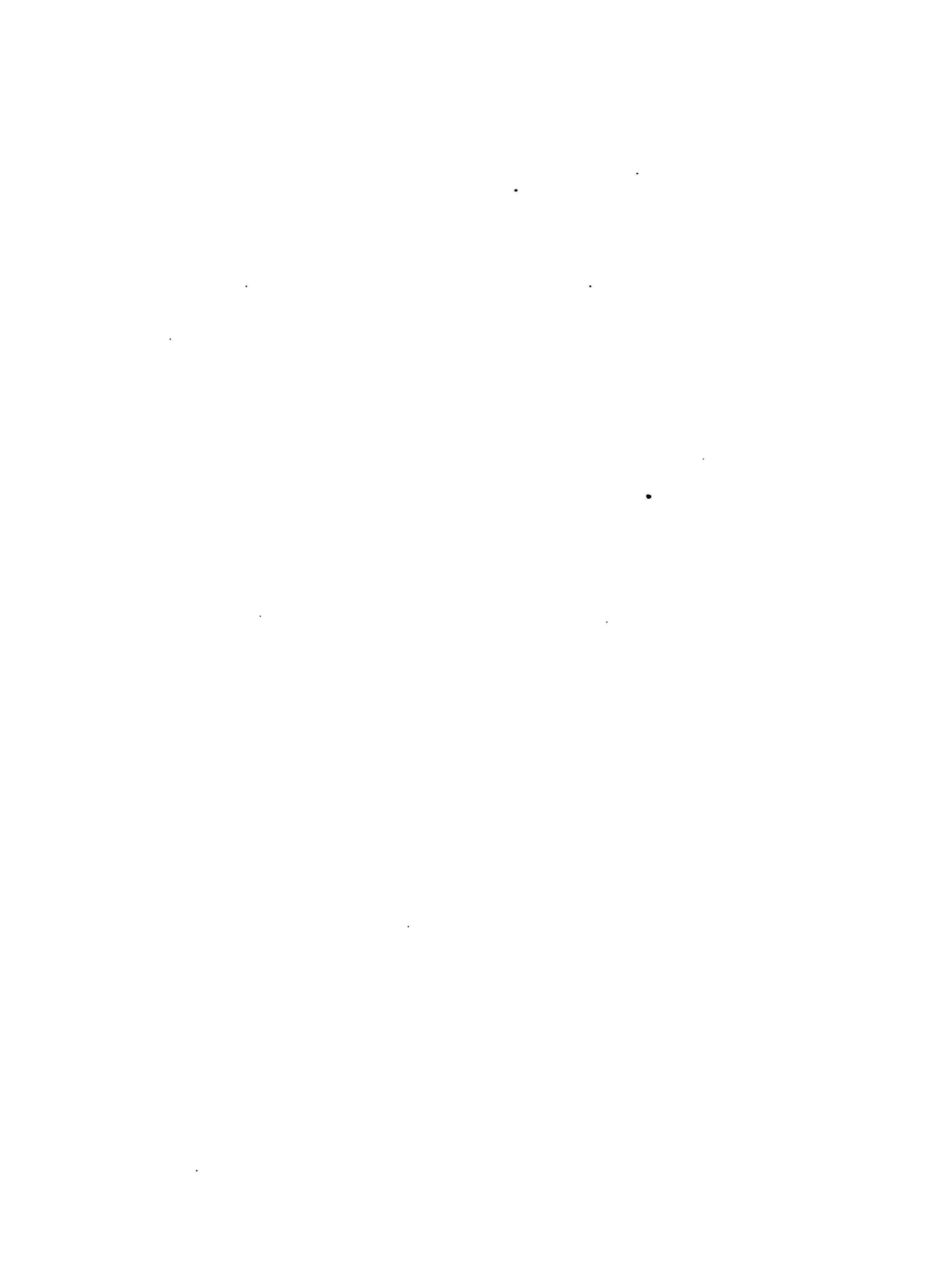
LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

PROVISOIREMENT, PLACE DE L'ODÉON, 8

La librairie sera transférée *108, Boulevard Saint-Germain*,
le 1er Octobre 1877.

—

1877



INTRODUCTION

Parmi les sujets à l'ordre du jour en 1876, celui de l'enseignement médical a été le plus palpitant, surtout en France et ses alentours. Les nouvelles institutions, les lois et les modifications tendant à l'étendre et le perfectionner, ont même amené ici de graves incidents politiques entre les pouvoirs de l'État. Son extension par les Universités libres et les jurys mixtes a triomphé, mais en provoquant aussitôt des mesures officielles pour en contre-balancer les effets et susciter ainsi de profondes améliorations.

Tant d'années s'étaient écoulées avec les trois Facultés de Paris, Montpellier et Strasbourg, suffisant à dispenser cet enseignement médical supérieur presque à l'Europe entière, qu'il semblait que cette dernière, de si regrettable mémoire, nous étant ravie, son remplacement par celle de Nancy satisferait à tous les besoins. On pouvait sans doute l'augmenter et le perfectionner dans les institutions existantes et on le devait même après le trop long *statu quo* dans lequel il avait langui. C'est ce qui eût eu lieu probablement, lorsque l'Assemblée nationale vota, sous l'influence du gouvernement de l'ordre moral, la liberté de l'enseignement supérieur avec l'institution de jurys mixtes

ment, ce serait le favoriser systématiquement, comme en Belgique, où on lui laisse la place libre, sans concurrence ni rivalité, et subordonner ainsi la science à la théologie catholique, à la dogmatique religieuse. Cette espérance secrète a peut-être inspiré les votes de plusieurs ultramontains, mais, jusqu'ici, elle ne s'est heureusement pas réalisée et ne paraît guère avoir plus de chance dans l'avenir.

Le retentissement de ces débats irritants par les mille voies de la publicité, en éclairant le public sur la portée de la nouvelle législation, a déjà produit ses fruits. Non-seulement il en est résulté une élévation considérable du budget de l'instruction publique, pour l'extension de celle-ci à tous les degrés, un redoublement de zèle individuel s'est manifesté spontanément pour l'étude des sciences médicales et leur enseignement libre, afin de tenir en échec l'enseignement catholique et lutter avec plus d'avantage contre l'envahissement des doctrines cléricales. La création de chaires officielles pour l'enseignement des diverses spécialités s'impose de plus en plus. Quarante-deux professeurs particuliers se sont inscrits à Paris, au commencement de l'année scolaire, pour l'enseignement de ces différentes branches de l'art de guérir, tant à l'École pratique que dans les hôpitaux, ce qui ne s'était jamais vu. Et à mesure que l'enseignement s'étend ainsi dans des proportions inconnues jusqu'ici et se perfectionne, le nombre des élèves augmente, malgré les épreuves, les examens rendus de plus en plus nombreux et difficiles. Il suffit de lire, pour s'en convaincre, l'ouvrage du docteur Berton dont la deuxième édition vient de paraître [1].

1. *Guide et Questionnaire de tous les examens de médecine,* suivi de programmes de conférences pour l'externat et l'internat,

De là l'agrandissement de la Faculté et de l'École pratique, l'institution des laboratoires dans les hôpitaux, l'érection d'une nouvelle école de pharmacie, d'une académie de médecine, etc., etc. De nouvelles associations médicales se forment et des organes de publicité se créent à l'envi pour spécialiser et propager la science. Nos médecins législateurs examinent, discutent, élaborent en comité les innovations, les perfectionnements à introduire dans l'enseignement et la pratique. Un projet dû à M. Cornil, tendant à augmenter le nombre des professeurs et à les mettre en contact plus immédiat avec les élèves pour rendre leur instruction plus complète et plus sûre, vient ainsi d'être déposé.

Il en est relativement de même dans tous les centres d'instruction officielle des départements. Engagés pour des sommes considérables à l'érection et à l'avenir des nouvelles facultés et écoles, les Conseils municipaux et les particuliers font tous leurs efforts pour la rendre plus complète et efficace. Le conseil municipal de Lyon, fondé sur ces engagements, a adopté, sur le rapport de M. le docteur Gailleton, des modifications essentielles à introduire dans le projet ministériel primitif de la nouvelle Faculté. Spécialisation très-large de l'enseignement clinique, haute situation faite à l'enseignement des sciences pures, institution sérieuse des *privat docentem*, rétribution directe du professeur par l'élève, en sont les points principaux. Basé sur les mêmes motifs, celui de Lille a refusé la concession d'un hôpital à l'Université catholique locale et ainsi de plusieurs autres.

avec de grands tableaux synoptiques inédits d'anatomie, de pathologie et d'angéiologie. Paris, 1 vol in-18, 2e édition, librairie Germer Baillière, 3 fr. 50.

En croyant enrayer le progrès scientifique, les promoteurs de la liberté de l'enseignement supérieur n'ont donc réussi qu'à provoquer un mouvement inverse qui lui est essentiellement favorable et contraire à leurs desseins. Remercions-les de leur méprise. Ils se croyaient maîtres de la situation, et Dieu, essence même du progrès, en a ordonné autrement. Du concours des communes intéressées doivent résulter d'utiles éclaircissements pour le gouvernement sur les modifications, les réformes à accomplir, ici et là, dans les détails, la forme de cet enseignement. Il est bon que l'administration centrale, ignorante de ces aspirations, de ces besoins locaux, ne soit plus seule à le régler d'une manière uniforme et invariable partout. De même que les directeurs des universités catholiques sont libres de varier, de modifier *ipso facto* et sans demander ni attendre de décision officielle de l'État, certains détails intérieurs, les nouvelles facultés de l'État devraient jouir de la même liberté pour en contre-balancer plus sûrement l'influence et en combattre les doctrines.

La Belgique en a reconnu la nécessité en laissant une liberté égale et complète à toutes les universités. Mais, entre autres réformes, la collation des grades n'est valable pour l'exercice que par l'entérinement du diplôme par un jury central.

Par son voisinage, l'institution d'une Faculté de médecine à Genève est aussi un stimulant pour notre enseignement national. Si, malgré ses offres séduisantes, plusieurs de nos jeunes médecins les plus distingués ont refusé d'en faire partie, comme un grand nombre d'autres des facultés catholiques, c'est un devoir pour l'État de faire profiter les élèves de leurs leçons afin de prévenir plus sûrement leur émigration à l'étranger.

On peut juger par ces détails et bien d'autres sur

l'enseignement à l'étranger de son importance actuelle parmi nous.

La question des *localisations cérébrales* a le plus occupé la jeune école positiviste. Aux résultats contradictoires, négatifs, résultant de l'expérimentation, ont succédé des faits cliniques et anatomo-pathologiques affirmatifs en assez grand nombre pour confirmer ces localisations. Depuis que M. Charcot, adoptant cette doctrine, a communiqué son impulsion à la jeune phalange studieuse qu'il dirige, de nombreuses observations, décisives en apparence, n'ont pas manqué d'être apportées aussitôt à l'appui à la *Société de biologie.* L'importance de ce point de physiologie pathologique exigeait d'en présenter l'analyse et la discussion avec tous les faits afférents, afin d'en faire apprécier la valeur. Elles remplissent ainsi plusieurs pages au mot CERVEAU.

Résultat essentiel pour l'école française : c'est d'avoir fait entrer cette question théorique dans le domaine pratique en en donnant la solution par la trépanation. Ayant été appliquée dans la région motrice, par suite de fractures locales du crâne avec enfoncement et paralysie brachiale consécutive du côté opposé et même aphasie, cette opération a été suivie immédiatement de la disparition de ces symptômes. Il a suffi de lever la compression de ce siége du mouvement pour rétablir la motilité et la parole. Cinq succès bien authentiques et précis, émanant de chirurgiens des hôpitaux, confirment déjà la nouvelle interprétation et appellent l'attention à ce sujet. L'autopsie de deux tuberculeux, paralysés du mouvement, a montré aussi des granulations dans la région motrice. La question sera définitivement résolue si ces faits se renouvellent

:ultiplient, et ce sera un grand honneur pour
rançaise d'avoir su tirer, des expériences spécu-
.nglo-allemandes, un si grand résultat pratique.
eure part de la découverte des localisations cé-
lui reviendrait en montrant sa supériorité sur
: rivales.
es soi-disant découvertes, se rattachant au
ıjet, ont dû être encore enregistrées. Tel est le
centre trophique, par exemple, et le diagnostic
iel de l'hémiplégie causée par des lésions cor-
t celle qui résulte de lésions profondes, cen-
le nouveaux éclaircissements en sont aussi ré-
ır le siége de diverses paralysies, leurs causes
symptômes différentiels. Certaines paralysies
ues seraient ainsi causées par l'hydarthrose.
ıp de ces prétentions ne reposent, il est vrai,
des expériences, des vivisections dont l'excès
s, démontrés par quelques exemples, ont sou-
inion publique en Angleterre et déterminé la
ition d'un *bill* répressif au Parlement.

ellement introduit en thérapeutique comme an-
ie, l'*acide salicylique* a surtout donné des ré-
positifs contre le rhumatisme articulaire aigu.
agne, son emploi s'est rapidement propagé en
rre et surtout aux États-Unis, où il a reçu la
atante consécration. Plus de 80 observations
si relatées avec ses différents modes d'adminis-
et, si toutes ne sont pas également probantes
ntrer l'action curative de ce nouvel agent, ses
r l'abaissement de la température, et consécuti-
la fièvre et les douleurs articulaires, en résul-
ontestablement.
oup moins employé en France et en Angle-

terre, ses effets n'y ont pas été rendus aussi démonstratifs, soit par suite d'une plus grande réserve dans les doses, soit à cause d'une observation plus rigoureuse. Son action est assimilée à celle du sulfate de quinine sans ses dangers. Son administration en est ainsi rendue bien plus facile et économique.

Tant de spécifiques ont été vantés contre le rhumatisme qu'il est prudent de rester dans le doute sur cette précieuse propriété de celui-ci. Le récent *fiasco* de la triméthylamine est un avertissement à ce sujet. Cette spécificité de la salicine, placée même au-dessus de celle de l'acide salicylique en Angleterre, en est un nouvel exemple. Afin de mettre le lecteur à même d'en juger, toutes les pièces de cette enquête se trouvent réunies ici.

La méthode d'analyse et de division, résultant de l'emploi du microscope et de l'étude spécialisée des infiniment petits, qui caractérise actuellement l'étude de la pathologie, a contribué, moins que les années précédentes, à enrichir le cadre nosologique d'espèces nouvelles, sinon de mots nouveau. C'est exclusivement par l'étude clinique que l'on a cherché à ériger en espèces spéciales une *cystite puerpérale*, l'*ictère syphilitique*, l'*hématocèle épididymaire*, la *laryngite ecthymateuse*, la *manie rhumatismale*, le *purpura nerveux*, l'*urticaire hépatique*, le *vertige mental* et d'autres variétés. La plupart de ces nouvelles entités ne reposent que sur des faits trop rares, sinon uniques, pour être admises d'emblée. Tous ces adjectifs sont de simples jalons destinés à appeler l'attention des observateurs sur les causes et les symptômes qui peuvent parfois les rattacher à ces maladies bien connues. La revendication de l'*arthrite dyssentérique* n'est pas mieux justifiée. Oubliée avec la doc-

trine des métastases, cette espèce est rétablie sur une base moderne aussi problématique.

Au lieu d'analyser et de diviser à l'infini les symptômes, les lésions en unités morbides, c'est par synthèse que M. Parrot a créé l'atrepsie, consistant dans une perturbation nutritive profonde, dont la cause est l'ensemble des affections du tube digestif du nouveau-né. Il n'en distingue que la gastrite pseudo-membraneuse. L'altération de l'urine en offre un caractère constant.

Bien plus, une étude rigoureuse de l'*anémie essentielle progressive* tend même à la désessentialiser. La diminution du sang que l'on en croyait le seul caractère, en formant ce mot, consiste non-seulement dans la déglobulisation, mais l'altération des globules, réduits à l'état de globulins ou microcythémie. Or, comme cette lésion, qui leur fait perdre la faculté d'absorption de l'oxygène, se retrouve dans l'anémie simple et curable et même dans la fièvre, d'après des expériences relatées, ces caractères du sang ne sauraient prouver son essentialité.

Il n'y a pas lieu de tant s'appesantir sur les nouvelles entités pathologiques, souvent aussitôt oubliées que créées, que sur les découvertes relatives aux causes et aux symptômes de celles qui sont connues. C'est le plus sûr moyen d'en assurer le diagnostic et le traitement.

Une discussion académique sur la *colique de plomb*, en montrant que les noirs ou mulâtres, nègres et indiens, en sont aussi bien atteints que les blancs, a mis à néant les coliques identiques rapportées à d'autres causes. C'est en s'efforçant de découvrir le plomb par des recherches minutieuses, l'emploi du microscope, qu'on y parvient où l'on ne pouvait le soupçonner autre-

fois, comme de nombreux exemples le démontrent.

Deux maladies exotiques : le *clou de Biskra* et la *diarrhée de Cochinchine* ont reçu une nouvelle étiologie dont la connaissance importe surtout aux médecins de nos colonies. L'*hérédité de l'hémorrhagie cérébrale* a été démontrée statistiquement, tandis que la cause de l'*œdème* est plus que jamais remise en question. L'étiologie du *coup de fouet* et de la *rupture du périnée* a reçu aussi une nouvelle extension, et celle du *tænia inerme* paraît définitivement élucidée. L'*urémie* est même attribuée exclusivement aux affections du foie, tandis que la cause de la *fermentation ammoniacale des urines* reste toujours en discussion, malgré les prétentions absolues de M. Pasteur. Un mode curieux de contagion et de propagation de la *variole*, à travers les deux mondes, appelle surtout l'attention.

De nouveaux symptômes sont aussi signalés. Aux accidents laryngo-bronchiques de l'*ataxie locomotrice*, s'ajoutent des troubles néphrétiques et psychiques, c'est-à-dire que des variations diverses se rencontrent suivant certaines prédispositions organiques des malades. La *provocation artificielle de l'accès épileptique*, obtenue chez l'homme comme chez le cobaye, semble ainsi une exception. Le *point apophysaire douloureux* ayant servi à découvrir un cas grave, obscur d'hystérie et à la guérir, de même qu'il s'est montré dans un goître ophthalmique compliqué de chorée et dans la sciatique, l'auteur en fait un signe de ces névroses. Les *eschares* et autres *lésions cutanées*, considérées comme des troubles trophiques, tendent ainsi à faire rechercher les lésions nerveuses qui en seraient l'origine, comme celles de la peau peuvent expliquer de graves maladies du duodénum.

En dehors de ces cas particuliers, tout ce qui peut éclairer le diagnostic et le traitement des maladies plus communes et générales comme le cancer, le diabète, l'éclampsie, la leucocythose, la phthisie, la tuberculose, la syphilis, etc., etc., a été recueilli et analysé. Le cancer épithélial de l'œsophage peut, par exemple, déterminer une pneumonie mortelle, tandis que l'hématémèse n'est souvent qu'un signe d'anévrysmes miliaires, de varices de l'estomac. Il serait trop long de rappeler ici toutes les autres observations relatives à ces affections.

Notons cependant que le diagnostic des épanchements pleurétiques et des lésions pulmonaires paraît devoir encore se préciser par de nouvelles modifications introduites dans l'auscultation. Pratiquée simultanément avec la percussion, elle sert mieux à constater, par l'audition des sons, l'état du tissu pulmonaire central. La découverte de la voix aphone, malgré l'épanchement, indique la nature séreuse de celui-ci et la persistance du traitement médical tant que les accidents ne commandent pas la thoracentèse, tandis que le contraire est une indication positive d'un épanchement purulent. Cette découverte doit donc être prise en grande considération tant à cause du mérite de son auteur que de la valeur des faits relatés jusqu'ici pour et contre. La thoracentèse et la pleurotomie en recevront des indications plus précises.

L'importance symptomatique de la température en a fait étendre l'étude de l'extérieur à l'intérieur. Sans prétendre, comme les Allemands, faire de celle de l'utérus pendant la grossesse un signe de vie ou de mort du fœtus, on peut trouver, dans les différences qu'elle présente du centre à la périphérie, certains signes précieux. Son influence sur la vision est aussi démontrée,

ainsi que le danger mortel de ses transitions subites, extrêmes, prouvé cliniquement et expérimentalement.

La THÉRAPEUTIQUE n'a offert d'autre innovation, après l'emploi de l'acide salicylique contre le rhumatisme, que le *râclage des lésions dartreuses de la peau* sans qu'il ait encore gagné ses droits de naturalisation. Une médication simplifiée de la teigne peut s'y ajouter. Mais toutes les autres applications, plus ou moins remarquables, ne sont que l'extension de moyens dont l'action est déjà connue. Telle est l'influence heureuse de l'atmosphère maritime et des bains de mer sur la coxalgie scrofuleuse ; le succès du bismuth contre les hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde et celle du gros intestin ; un succès peut-être unique du bromure de potassium contre la névralgie faciale et les bons effets de l'eucalyptus et du chloral contre le cancer.

C'est encore ainsi que la transfusion du sang s'étend et se vulgarise avec le perfectionnement, la simplification des instruments servant à la pratiquer. Elle a été opposée cette année aux différents cas d'anémie, consécutive ou non aux pertes de sang, chez les aliénés en particulier. On l'a même employée avec succès contre l'altération profonde du sang. Mais ce ne sont encore là que des tentatives, et il reste à en préciser les indications positives. Quelques-uns la limitent aux hémorrhagies *post partum*.

Elle a d'ailleurs conduit à une singulière pratique pour la remplacer. C'est l'injection du sang dans le tissu cellulaire. Sa résorption rapide fournirait, d'après les Allemands, un moyen facile et sans danger de restaurer l'organisme anémié. On y a même substitué le lait, la graisse et d'autres liquides nourriciers. Et cela par engouement sans doute, car, tant que le gros in-

testin reste libre, cette voie d'absorption est bien préférable.

C'est une extension, comme on voit, de la médication hypodermique dont l'emploi, en raison même de sa simplicité, n'a plus de limites. Une petite piqûre d'épingle et quelques gouttes de liquide dont le palais n'a à supporter ni le goût ni la saveur, c'est si facilement acceptable que personne ne s'y refuse. Il en est, en Allemagne, qui en usent spontanément avec tant de profusion, surtout des injections de morphine et de digitaline, que de graves maladies en résultent, véritables entités pathologiques nouvelles dont on trouvera des exemples à *Morphinisme* et *Digitalisme*. Il en est résulté une véritable passion analogue à l'alcoolisme, le nicotinisme, le chloralisme et surtout l'abus de l'opium en Chine, du haschich en Turquie et qui conduit au même abrutissement.

L'avantage de cette méthode est une grande précision dans l'administration et l'action des médicaments. Toutes les tumeurs, les organes et les tissus engorgés ou indurés en sont aujourd'hui justiciables, de même que les douleurs locales, contre lesquelles elle a surtout été instituée. Sels, alcaloïdes, acides sont journellement employés. La digitaline, l'acide tannique, le bromure et l'iodure de potassium en ont reçu de nouvelles applications. On n'hésite plus à y recourir, surtout depuis que la cause des accidents formidables et même mortels, *qui sont résultés de ces injections*, paraît découverte. N'abouchez pas le bec de la canule de la seringue dans un vaisseau, en suivant les règles ingénieuses formulées par M. Chouppe, et tout accident sera évité.

Le traitement du tétanos reste sans solution, malgré les nombreux cas de l'appliquer. On persiste à recourir à une médication exclusive, alors qu'il faudrait la faire

varier selon les causes diverses du mal. Le succès de moyens divers, dans des cas en apparence identiques, comme nous en relatons chaque année des exemples, nous paraît le prouver. L'indication précise du choral reste ainsi indéterminée. M. Richet fils a cherché à démontrer les indications et les contre-indications de la trachéotomie.

En signalant l'action et les bons effets du *chloral*, si fort à la mode, dans le tétanos comme dans la chorée, l'éclampsie, la diphthérite, la rage, nous en avons aussi indiqué les abus et les dangers avec les preuves à l'appui. C'est en faisant connaître les accidents produits par l'*aconit*, l'*arsenic* et d'autres poisons, que l'on met le praticien en garde contre l'excès de leur emploi.

La CHIRURGIE, dont le centre spécial rappelle tant l'ancienne Académie de chirurgie par ses importants travaux, ses brillantes discussions, offre une abondante moisson. En devenant de plus en plus conservatrice, elle diminue les opérations et en simplifie les procédés. L'influence nocive du traumatisme chez les rhumatisants et les femmes enceintes ne permet ainsi de pratiquer que les opérations d'urgence.

Pour diminuer la perte du sang, on a modifié les moyens hémostatiques. A son écoulement en nappe, qui succède à l'enlèvement de la bande d'Esmarch dans les amputations, on a opposé avec efficacité la compression de la plaie avec l'éponge et sa réunion immédiate avant cet enlèvement. La *torsion des artères*, mieux réglée, tend aussi à assurer l'hémostase et la réunion par première intention en n'introduisant pas de corps étrangers dans la plaie. Elle mérite ainsi d'être substituée à la ligature, dans certains cas indiqués, à moins de pratiquer celle-ci avec le catgut phé-

niqué ou fil de boyau qui, d'après les expériences et les applications faites en Angleterre, paraît mettre à l'abri des hémorrhagies consécutives, malgré son absorption rapide.

Différentes formes de compression et de ligature ont aussi été employées contre les *anévrysmes* dont la fréquence en Angleterre exerce tant le génie chirurgical. L'étiologie syphilitique de ceux de l'aorte est une nouveauté aussi intéressante que difficile à constater; celle de l'oblitération artérielle traumatique a reçu aussi une nouvelle interprétation.

La *réunion des nerfs et des tendons*, d'origine toute moderne, s'étend et se perfectionne d'année en année. A la suture immédiate, viennent de s'ajouter l'accolement et l'intrication des fibres nerveuses, leur élongation et la réunion par anastomose des tendons. Interprétation tacite de la nature qui doit employer des procédés analogues dans la restauration des mouvements après des traumatismes, des délabrements qui semblaient devoir les rendre irréparables. Le mécanisme reste à en déterminer.

L'excision d'un névrôme a inspiré un mode ingénieux de suture préalable qui mérite d'être imité et propagé.

Les *os* ont aussi été l'objet d'intéressantes recherches non-seulement en ce qui concerne les luxations et les fractures dont plusieurs exemples curieux et de nouveaux procédés de réduction sont relatés. Un nouveau signe de la fracture du col du fémur et de celle du calcanéum en particulier. Des modifications sont indiquées pour la résection du maxillaire supérieur et celle du genou. Mais les études se généralisent bien plus en ce qui concerne leur physiologie pathologique.

A en juger par les résultats curieux de la médecine

comparée, la production du bec-de-lièvre tiendrait au défaut de l'assimilation du carbonate de chaux par la mère pendant la grossesse. Un régime approprié serait donc le moyen de le prévenir, dans les grossesses ultérieures, et il y aurait à rechercher les conditions alimentaires de la mère des enfants qui présentent ce vice de conformation.

L'altération des os dans la diathèse dartreuse a été démontrée chez un bœuf atteint d'eczéma.

De nouveaux cas ont mis en évidence leur allongement et leur raccourcissement artificiels. L'irritation digitale en a rapidement amené la reproduction, observée également après l'extraction sous-périostée du calcanéum. Bien entendu, ces faits sont particuliers aux enfants et aux adolescents.

L'opportunité de l'ostéotomie a aussi été fort discutée ainsi que les procédés à suivre pour le redressement des os.

La trépanation reprend faveur sur les os longs en particulier pour combattre non-seulement les abcès, mais les douleurs et l'ostéo-myélite dont de nouveaux succès sont rapportés.

Quant aux *plaies récentes*, l'action de l'air, des liquides et des divers pansements reste toujours sans solution par la contradiction des résultats. Le pansement phéniqué est le plus à l'ordre du jour. Il s'est montré efficace en s'appliquant à l'hydrocèle traité par incision ; mais n'est-ce pas plutôt comme excitant que comme antiseptique ?

L'électricité et la bande d'Esmarch tendent à remplacer les moyens usuels pour la guérison des ulcères, suivant leur nature.

Restent les opérations nouvelles dont l'*évidement des tumeurs*, même du goître, pour remplacer leur abla-

tion, est le type avec la création d'un *vagin artificiel par le galvano-cautère*. L'*oblitération du pharynx* n'offre de nouveau, comme la *gastrotomie*, que le succès et le procédé employé.

De même de la *splénotomie* dont le second succès montre que la rate n'est pas indispensable à l'existence, puisque celle-ci peut se prolonger en bonne santé sans cet organe.

L'*extirpation du pylore cancéreux* et d'un *myôme de la vessie*, le *cathétérisme des uretères*, sont des excentricités allemandes dont il n'y a à parler que pour en montrer le peu de valeur.

Diverses modifications opératoires ont été appliquées avec succès pour l'oblitération des fistules iléo-abdominales, plus fréquentes que l'on ne croit, et la fistule uréthro-rectale considérée comme incurable. De même de l'œsophagotomie externe, du phimosis, la dilatation des rétrécissements de l'urèthre, sa rupture, la taille, etc., etc. Une aile du nez détruite par le cancer a été rétablie sans autoplastie par un procédé fort ingénieux. De la narine restée saine, l'auteur en fait deux.

Les porteurs de nez difformes, monstrueux, n'ont plus qu'à aller à Lyon pour les faire restaurer proprement et sans autoplastie, par l'attention toute spéciale des chirurgiens sur cet appendice. M. Ollier taille, dépouille ou plutôt décortique ainsi les nez hypertrophiés éléphantiasiques (*V. année* 1874). Pour introduire plus sûrement ce procédé dans la science, il est venu en poser les règles devant l'Académie de médecine, le 16 août, par une température de 36° centigrades, ne paraissant redouter aucun des accidents consécutifs à une pareille mutilation : hémorrhagie, infection purulente, érysipèle, etc.

Mais il a rencontré de puissants contradicteurs. Au lieu de ne voir dans l'acné sébacé qu'une cause secondaire de ces hypertrophies monstrueuses, MM. A. Guérin et Hardy lui attribuent le rôle principal et c'est pourquoi le premier se borne à une ablation partielle et le second à des ponctions avec le cautère actuel. Des résultats satisfaisants en ont été obtenus, sans danger de la reproduction de la matière sébacée dans les ganglions et sa généralisation mortelle dans les organes [illegible], comme M. Richet en a rapporté un exemple.

[illegible] n'est pas à craindre [illegible] M. [illegible] a réservé un [illegible]

[illegible]

Inséparable de la chirurgie, l'*anesthésie* trouve ici sa place, car elle n'a recueilli qu'une assez maigre glane. L'anhélation succède aux inhalations comme moyen de devenir momentanément insensible. Ce ne sont plus que des anesthésiques anodins, locaux et surtout... incertains, avec quelques détails d'application. Mais la rivalité existe de plus en plus entre l'éther et le chloroforme. Les accidents, les dangers de celui-ci lui font perdre de ses partisans les plus autorisés. *L'éthérisation* lui est maintenant préférée avec avantage pour la dilatation forcée de la fissure à l'anus et pour établir le diagnostic de certaines maladies nerveuses, de même que pour les recherches de physiologie expérimentale. A coup sûr, ces distinctions en feront germer d'autres, sinon pour l'anesthésie *à la reine*, généralement combattue en France, mais pour ses autres applications obstétricales. L'éthérisation est déjà exonérée de provoquer les hémorrhagies *post partum*.

En passant sans transition par cette remarque dans le domaine de l'OBSTÉTRIQUE et de la GYNÉCOLOGIE, il faut noter que plusieurs points essentiels en sont précédemment indiqués, tant les diverses parties de l'art de guérir ont d'étroites connexions. Des discussions spéciales qui ont eu lieu sur le *siége du souffle puerpéral* et le danger du rhumatisme et des opérations pendant la grossesse, le résumé se trouve, aussi bien que celui des tentatives faites pour prendre la température de l'utérus gravide et du mécanisme de la dilatation de la paroi abdominale; mais il reste d'autres points pratiques à signaler.

Tel est le *régime lacté* contre l'*albuminurie* des femmes enceintes, les mesures à employer dans certaines présentations anormales, notamment *celles du siége* et par-dessus tout le *délire des accoucheurs*.

Parmi les grossesses extra-utérines figure l'exemple extraordinaire d'une *grossesse abdominale* terminée avec succès pour la mère et l'enfant. Les modifications sur le moment et la manière de pratiquer la *ligature du cordon ombilical* sont aussi mentionnées, outre la nouvelle cause de *rupture du périnée*, la *cystite post partum*, la *création d'un vagin artificiel* et différents travaux sur les maladies de l'utérus et des seins.

D'autres observations se rattachent à la MÉDECINE LÉGALE. Ce sont : l'apparence de la grossesse après le viol, la distinction de l'avortement en provoqué ou spontané d'après l'état des membranes, une évolution passive du fœtus après la mort de la mère, et de nouveaux moyens de constater la respiration de l'enfant. L'identité d'une femme multipare a même été recherchée sur l'état de l'utérus.

Des expériences toxicologiques sur l'emmagasinement de l'arsenic dans le système nerveux, l'absorption du phosphore, l'action des sels biliaires, l'aménorrhée indicative de l'empoisonnement saturnin, la distinction des taches de sang, complètent cette section.

En OPHTHALMOLOGIE, les principales innovations pratiques sont les troubles visuels provoqués par les oreillons, l'excavation papillaire constatée dans les deux espèces de glaucôme, ainsi que le succès de la sclérotomie ; l'inutilité de l'occlusion de l'œil après la cataracte et son énucléation remplacée par la section des nerfs ciliaires dans l'ophthalmie sympathique.

Le danger de l'usage de la viande crue pour la production du tænia, la démonstration statistique que la

plupart des indispositions, des maladies du soldat lépendent des conditions anti-hygiéniques où il se rouve, la constatation de la faible capacité thoracique les jeunes élèves lettrés, les accidents produits par la nanipulation des chrômates et d'autres préparations e plomb, sont les principaux sujets d'HYGIÈNE.

On nous fera peut-être le reproche d'avoir omis pluieurs divisions des sciences accessoires, si fort à la iode en raison de leur caractère positif et qui sont la écialité de tant de savants; on nous a même accusé négliger l'anatomie et la physiologie. Les découvrtes de celles-ci, dès qu'elles ont une application atique à l'art de guérir, sont au contraire indiquées ec soin au sujet, au mot auquel elles se rapporit pour mieux l'éclairer, comme nous en avons cité isieurs exemples. Mais pour relater toutes les re-rches microscopiques des cellules, des fibres, des théliums et des endothéliums, de leur disposition is tel ou tel organe, de la forme des globules et de nombre, ce modeste volume n'y suffirait pas. De lle utilité seraient-elles d'ailleurs aux praticiens quels nous nous adressons? L'intérêt en est d'aut moindre que les résultats varient et se contredit souvent d'après l'instrument et la préparation ployés, sinon de l'œil de l'observateur. Que telle ou fonction hypothétique soit attribuée aux fibres iées de l'iris, par exemple, affirmées par M. Chré- et niées par M. Rouget, est-il utile de le signaler? même des anomalies anatomiques réduites le plus vent à des curiosités et à des expériences multi- sur la grenouille, la souris ou le lapin. Que con- e de tout cela quant à l'homme malade? Mode nsée qu'il faut laisser passer et dont le crédit est en baisse. Que les jeunes y consacrent leur temps,

croyant trouver le secret de l'avenir dans ces vivisections, libre à eux, comme au praticien de ne pas s'y intéresser.

Vous n'êtes pas positiviste, dira-t-on. Je crois, au contraire, en faire preuve en ne tenant pas compte ici de ces expériences spéculatives ne reposant sur rien de positif quant à la science de l'homme, pas plus en santé qu'en maladie.

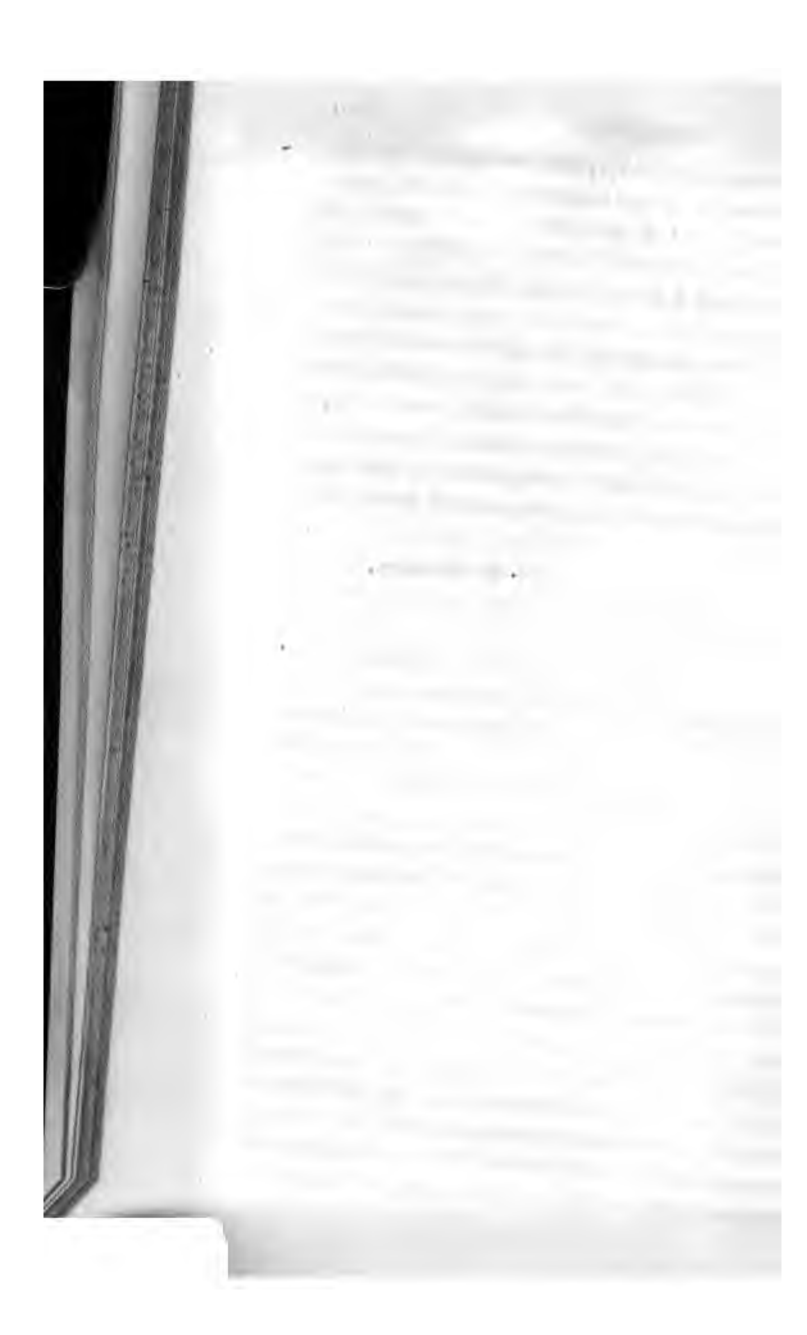
Loin d'être personnels aux Français, ni inspirés par le ressentiment de la défaite, ces sentiments sont partagés par des hommes de tous les pays. M. le professeur Pacchiotti les a exprimés, en très-bon français, au Congrès médical de Turin, en présence de plus de 700 médecins éminents de tous les pays qui lui ont répondu par une salve d'applaudissements. Cette manifestation éclatante montre que, dans la péninsule comme ailleurs, où la jeune école positiviste voudrait imposer ses doctrines à tous et à tout, elle rencontre une opposition clinique et pratique qui ne fera que s'accentuer.

Dans l'intérêt des fidèles lecteurs de ce DICTIONNAIRE, nous avons jugé plus opportun et utile de leur présenter le compte-rendu des décisions, des jugements ou arrêts formant la jurisprudence de notre profession. La multiplication des amendes, suivant le nombre des contraventions, a été consacrée par des condamnations éclatantes rendues sur la poursuite des Comités de défense professionnelle contre les auteurs de l'exercice illégal. Et ce n'est pas tout. Les médecins assez indignes de ce titre pour couvrir de leur diplôme les actes frauduleux de ces charlatans encourent les mêmes peines que leurs complices. L'association des médecins et pharmaciens pour l'exploitation d'un remède a été également déclarée illicite et condamnée sévèrement.

De nouvelles applications, quant au droit et au devoir des médecins en ce qui concerne le *secret*, montrent jusqu'à quel point il est prescrit de le garder et combien il est dangereux de le divulguer. Mêmes décisions sur le devoir d'obéir aux réquisitions de l'autorité et la compatibilité des fonctions municipales avec le titre de médecin communal. Le privilége des honoraires dans les faillites clôt heureusement cette liste avec le programme des prix offerts dans tous les pays pour stimuler le zèle des médecins dans l'observation et l'étude par l'attrait des récompenses et des honneurs. Puissent-ils les obtenir plus souvent pour combler nos vœux !

P. Garnier.

Paris, 15 janvier 1877.



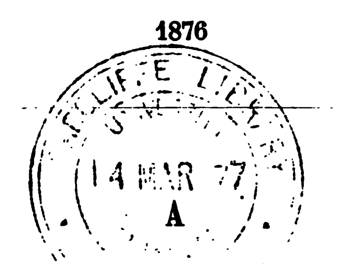
DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

S SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1876



ÈS. Il suffit d'appliquer, sur le point où l'on doit rrir, une solution de deux parties d'acide phénique ne de glycérine, pendant deux à trois minutes, pour ncision ne soit nullement douloureuse. Le docteur ızini a employé ce procédé fort simple avec succès. *ı clin. di Bologna*, 1875.)

; les abcès froids, M. W. Callender, après une large ıre, les vide avec le doigt et injecte ensuite à l'inténe solution chaude d'acide phénique à 1 pour 30, de e à distendre la poche. Après l'écoulement de ce , on place un tube à drainage et l'on recouvre en'un linge phéniqué. Les abcès résultant d'une carie peuvent ainsi se réduire à l'état de sinus. Un abcès hrétique et deux autres dans la région lombaire ont s ainsi. (*British med. Association*).

s pseudo-phlegmoneux syphilitiques. Qu'ils soient ıs ou non de phénomènes plus ou moins inflamıs, d'engorgement subaigu ou chronique, diffus ou crits, il ne faut pas s'empresser de les ouvrir, dit riac. On doit même s'en abstenir, car, en les traitant

comme des abcès phlegmoneux ordinaires, en les ouvrant de bonne heure ou tard pour évacuer leur contenu, on en retarde la guérison au lieu de la favoriser. Chez un syphilitique, atteint d'un énorme phlegmon périlaryngien et qui fut ouvert au niveau du cartilage cricoïde, une partie de l'induration s'étant ramollie en haut avec fluctuation, peau rouge, décollée et amincie, la résorption en fut plus rapide, sans que cette collection fût ouverte, que la cicatrisation de l'ouverture de l'abcès principal qui persista un mois après. Il faut donc abandonner ces abcès à leur marche naturelle, toutes les fois qu'ils ne compromettent aucune fonction importante ni la vie. (*Ann. des maladies du larynx*, n° 3, juillet.)

Abcès du foie. De l'examen de 7,326 autopsies faites l'Institut pathologique de Berlin, de 1859 à 1873, Barensprung a trouvé 146 cas de lésions du crâne et 108 cas d'abcès ou de lésions hépatiques. Or il en est résulté que ces abcès ont aussi souvent coïncidé avec des plaies ou des suppurations des autres parties du corps qu'avec celles de la tête. D'où cette conclusion que la relation accréditée entre les abcès du foie et les blessures du crâne, par l'effet du *contre-coup*, celui des embolies ou la métastase septicémique, n'existe pas. (*Archiv für Klin. chir.* 1875.)

Traitement. En traçant une fois de plus le tableau clinique de ces abcès, à propos de 36 observations qu'il en a recueillies au Caire sur 34 hommes et 2 femmes dans le court espace de sept années, Sachs préconise un mode spécial de traitement. Il fait une ponction exploratrice avec un trocart capillaire, mais, au lieu de le retirer, ce qui expose suivant lui à la péritonite, il fixe la canule à la peau par un point de suture. Une péritonite adhérente ne tarde pas à résulter de la présence de cette canule et, si l'on a la précaution d'en placer une seconde à trois centimètres environ de la première, on peut, 24 heures après, ouvrir l'abcès avec le bistouri, dans cet intervalle, sans danger d'épanchement du pus. Ces piqûres réussiraient mieux que les caustiques à établir des adhérences. (*Archiv für Klin. chirurgie.*)

Abcès des sinus frontaux. Trois cas en sont rapportés

par M. Watson (Spencer) comme des exemples de la difficulté du diagnostic. Deux fois, ils sont survenus spontanément, sans cause appréciable, chez des hommes jeunes et vigoureux, non syphilitiques, par des douleurs extrêmement aiguës avec gonflement, rougeur, chaleur du front et de la racine du nez simulant l'érysipèle. Une tumeur, parue après quelques jours à l'angle interne de l'œil, fit croire à un abcès du sac lacrymal. La peau s'aminct graduellement, s'ulcéra et donna issue à une grande quantité de pus. L'ablation de petits séquestres s'effectua et la guérison eut lieu en quatre mois.

Une femme syphilitique de cinquante ans, avec trois exostoses du bras et de l'avant-bras, présentait, à la partie inférieure et moyenne du frontal, une tumeur fluctuante et ndolente, se réduisant par la pression, avec écoulement de us fétide par les narines. L'autopsie montra le sinus fronal dilaté, rempli de pus, aminci et presque détruit dans sa artie inférieure. Le tissu spongieux de l'os avait disparu t le tissu compact était épaissi et durci.

Si, dans quelques cas, l'abondance de l'écoulement des aillots et du pus a pu faire croire à l'écoulement de la atière cérébrale et la communication avec le cerveau, ette erreur peut être évitée par l'examen microscopique. est prudent toutefois de ne pas exercer de fortes tracons sur les séquestres qui pourraient déchirer la duremère.

Quant aux abcès chroniques, ils sont ordinairement proqués par des corps étrangers, des mouches, des insectes t surtout par l'occlusion de la communication avec les nanes. Leur marche très-lente peut les faire confondre avec s ostéo-sarcômes ou autres tumeurs malignes. La trépaation peut être nécessaire pour le diagnostic et le traitement. (*Med. Times and Gaz.*, 1875.)

Abcès enkysté de la paroi abdominale. *Simulation d'un yste de l'ovaire.* Ce fait remarquable a été observé par [. Boinet sur une dame de 60 ans dont la ménopause s'éait passée sans troubles ni accidents et qui jouissait de la eilleure santé. Jamais elle n'avait ressenti la moindre ensation douloureuse dans le ventre. C'est par hasard u'elle s'aperçut du développement insolite du côté gau-

che. Deux médecins consultés diagnostiquent un kyste de l'ovaire, un troisième n'ose se prononcer, et M. Boinet, consulté à la fin de juillet 1875, deux mois environ après la découverte de cette tumeur, infirme ce diagnostic.

En effet, la tumeur mesurée entre les deux mains, et qui a le volume d'une tête de fœtus à terme, est indolore, même à la pression, d'une grande mobilité dans tous les sens, sans adhérence appréciable dans la profondeur du bassin, et suit les mouvements des parois abdominales dans l'inspiration et l'expiration. Elle est exactement située à gauche entre les fausses-côtes et le rebord du bassin d'une part, la colonne vertébrale et la ligne blanche de l'autre. Mate dans une étendue de 12 à 15 centimètres, elle est le siége d'une espèce d'élasticité qui se confond avec une fluctuation obscure. Une chute sur le ventre, remontant à deux ans, est la seule cause pouvant être attribuée à son développement.

L'excellente santé de cette dame excluait toute idée d'une affection viscérale profonde. Il fallait donc s'arrêter aux tumeurs se développant dans la paroi abdominale. La fluctuation obscure en fit chercher le diagnostic par une ponction exploratrice qui donna 600 grammes de pus très-liquide et rougeâtre. Le liquide s'étant reproduit à deux reprises, une incision pénétra dans le kyste dont la cavité fut ainsi étanchée. (*Soc. de méd. de Paris,* mars, et *Union méd.*, nº 60.)

Des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure, thèse inaugurale par F. Vaussie, Paris 1875. Monographie de cette maladie peu connue et souvent prise pour une péritonite localisée avec laquelle le diagnostic différentiel est des plus difficiles. Les douleurs sont plus limitées, plus circonscrites et ne varient pas. Selon M. Bernutz, les nausées et les vomissements n'ont pas l'extrême fréquence de la péritonite; ils sont plus courts et s'arrêtent d'eux-mêmes. Mais si la péritonite est localisée, sub-aiguë, n'en peut-il pas être de même? Le plus grand soin est donc nécessaire pour arriver au diagnostic différentiel d'où le pronostic dépend, car le phlegmon sous-péritonéal est beaucoup plus grave que la péritonite.

Abcès sous-uréthral. M. Lawson Tait décrit comme une

dilatation sacciforme de l'urèthre une tumeur saillante du volume d'un œuf et extrêmement douloureuse, au niveau de la vulve, chez une mère d'une nombreuse famille qui en souffrait depuis longtemps. Cette tumeur très-dure et irréductible laissait sortir, par la pression, une grande quantité de pus ammoniacal, fétide, par l'orifice de l'urèthre. La sonde introduite passait facilement dans cette poche. Ce n'était donc pas une cystocèle.

Cette poche fut enlevée d'un coup de ciseau. La cavité en était tapissée par une membrane muqueuse épaisse et rugueuse. Elle communiquait avec l'urèthre par une ouverture à sa partie inférieure et moyenne admettant le nº 9 ou 10 de la filière anglaise. Ayant enlevé la membrane qui tapissait la partie adhérente de cette poche, M. Tait réunit la muqueuse correspondante du vagin par une suture profonde et la guérison fut ainsi obtenue. (*Lancet*. octobre 1875.)

Comment admettre que cette membrane interne, qui s'enleva ou plutôt s'énucléa si facilement, fût une muqueuse? Les caractères microscopiques manquants, n'est-il pas plus logique d'y voir une membrane pyogénique accidentelle? La communication étroite de l'urèthre avec une dilatation si considérable n'exclut-elle pas d'ailleurs qu'elle se soit faite aux dépens de cette muqueuse? C'est pourquoi il nous semble plus rigoureux et clinique de voir là un abcès urineux sous-uréthral.

Abcès péricystique ouvert dans le rectum. Un enfant de 12 ans accuse des douleurs dans la région sus-pubienne s'exaspérant par les efforts de la miction, fréquente et pénible.

La palpation de la région hypogastrique, pratiquée par le docteur Gallasch, était aussi très-douloureuse et la percussion révélait à ce niveau une matité de la région sus-pubienne. Après 15 jours de souffrances très-vives, le malade expulsa par le rectum 4 à 500 centimètres cubes de pus. Dès lors, les douleurs locales s'apaisèrent et l'enfant guérit.

En excluant la péritonite localisée dont le pouls n'a jamais présenté le caractère, l'auteur arrive ainsi à formuler son diagnostic. Si ce n'est pas très-rigoureux, c'est au moins bien trouvé (*Jahrb. für Kinderheilk.* octobre 1875).

ACCOUCHEMENTS. *Contractions utérines.* La cause en serait, suivant M. T. Mays, dans la gêne, la stase du cours du sang des artères ovariennes et utérines dans les parois mêmes de l'utérus par le fait de la compression de la tête du fœtus de dedans en dehors, tandis que l'abaissement de l'organe sur le détroit supérieur les comprime de dehors en dedans dans son segment inférieur. L'influence combinée de ces deux obstacles serait la cause des contractions utérines et du début du travail, comme des contractions s'y produisent toutes les fois que le sang ne pénètre qu'en quantité insuffisante ou ne se renouvelle pas dans un organe musculaire. C'est un fait de physiologie expérimentale. L'auteur trouve même la confirmation de cette théorie toute mécanique dans l'action du seigle ergoté qui, en agissant sur les parois musculaires des vaisseaux, réveille les contractions de l'utérus inerte en arrêtant la circulation. (*New-York med. journ.*, 1875.)

Mais, s'il en était ainsi, le début du travail varierait suivant les cas comme la compression doit évidemment varier. Sa régularité à 9 mois, sauf de très-rares exceptions, est un démenti formel. D'ailleurs, la compression n'est pas la même chez tous les animaux et le part n'en a pas moins lieu suivant des lois fixes.

Antagonisme avec l'épilepsie. Il résulte des observations et des recherches de M. John Parry que les femmes épileptiques ont très-rarement des accès pendant l'accouchement. Lors même que la grossesse les a provoqués, comme cela arrive parfois, les convulsions cessent pendant l'accouchement et finissent ordinairement à ce moment pour récidiver à la grossesse suivante. Quand même elles se manifestent pendant la parturition, il n'est pas formellement prescrit de recourir au forceps, car l'épilepsie cause moins souvent la mort du fœtus que l'éclampsie. (*Amer. journ. of obstetr.*, 1875.)

Présentations de la face. Chez une femme vigoureuse, à large bassin, à contractions utérines exceptionnellement énergiques, la tête, placée en M. I. D. A., n'avait pas bougé depuis environ 36 heures de travail lorsque M. Penrose eut l'idée de remplacer la résistance du périnée par un

point d'appui artificiel. *La cuiller du forceps fut appuyée vigoureusement sur la joue postérieure de l'enfant.* Sur-le-champ, la présentation se modifia : le menton dépassa rapidement l'arcade du pubis et, en moins de cinq minutes, l'accouchement fut terminé.

L'auteur propose d'exécuter cette petite manœuvre avec la main dans toutes les présentations de la face à variété antérieure. Autrement la lenteur est due au défaut de pression du périnée, comme dans les présentations du siége et du crâne, et qui, seule, peut provoquer la rotation.

Quand le menton est tourné en arrière, au contraire, la gravité du cas indique la version avant la sortie de l'orifice utérin et la crâniotomie après, sinon la mort du fœtus est inévitable et des troubles, des désordres graves, peuvent en résulter pour la mère, sinon la mort (*Amer. obst. journ.*, avril.)

Un cas de mento-postérieure, ayant nécessité la céphalotripsie, est, pour M. Fochier, l'occasion de considérations théoriques contraires à cette pratique. Le défaut d'extension est pour lui dans la mento-postérieure, comme dans l'occipito-postérieure pour M. Tarnier, la cause de l'arrêt du travail. C'est donc en remontant le front pour faire basculer le menton ou en accrochant celui-ci, suivant les différentes périodes du travail, qu'il faut le défléchir pour faire progresser la tête. Le levier est l'instrument de choix à cet effet. L'extension complète permet toujours à l'accouchement de se faire avec des diamètres normaux. Ce n'est donc pas à la résistance du périnée, pas plus qu'à toute autre manœuvre tendant à y suppléer, qu'il faut attribuer la rotation interne, comme le dit l'accoucheur américain. (*Lyon méd.*, n° 42.)

Cette interprétation est d'ailleurs justifiée par ce qui suit :

Position occipito-postérieure. La déflexion de la tête, dans ce cas, est, pour M. Tarnier, la principale cause de la lenteur du travail. De là l'indication de produire cette flexion soit avec le forceps, lorsqu'on est réduit à l'appliquer, soit avec la main. Or comme l'expulsion spontanée dans ces positions a lieu, soit que l'occipital se dégage sur place en arrière, soit qu'il tourne et vienne se dégager en avant sous

la symphyse, M. Tarnier cherche à imiter artificiellement cette rotation de la manière suivante :

L'une des oreilles du fœtus étant en rapport avec l'éminence iléo-pectinée gauche ou droite et, par conséquent, facilement accessible, donne au doigt un excellent point d'appui à cet effet. Quand la dilatation est complète ou à peu près, dit-il, jamais avant, j'introduis profondément l'indicateur *gauche*, pour la position occipito-iliaque droite postérieure, et je l'applique sur le côté de la tête : puis je le fais glisser en avant et en haut jusqu'à ce qu'il sente le rebord postérieur de toute l'oreille gauche *sur toute sa hauteur;* j'attends alors une contraction utérine et, dès qu'elle commence ou, pour mieux dire, dès que je la sens venir, j'appuie fortement le doigt sur la tête, en le portant en même temps et avec force, mais sans violence, du côté du pubis, puis derrière la symphyse et enfin sur le côté gauche du bassin. Pendant tout le trajet, le doigt reste appliqué sur la tête qu'il presse sans glisser, car il est retenu par le rebord de l'oreille et il fait tourner la tête avec lui. L'occiput est ainsi ramené en avant. Dans les positions occipito-iliaques gauches postérieures, toujours après la dilatation complète de l'orifice, il faut se servir de l'index *droit* et l'appliquer par derrière l'oreille droite qui répond à l'éminence iléo-pectinée gauche. (*Ann. de gynécologie*, décembre 1875.)

Dans trois cas, M. Budin a mis ce procédé en pratique avec succès à la Maternité. (*Progr. méd.*, n° 11.)

Chloral. Ses succès, comme sédatif des douleurs, devaient bientôt être atténués, ainsi qu'on pouvait le prévoir. (V. *année* 1875.) S'il calme, ce ne peut être qu'en agissant sur la fibre musculaire de l'utérus et, par conséquent, sur les contractions qu'il ralentit, affaiblit, suspend et arrête. M. Polaillon l'a constaté en l'administrant en lavement pendant les dernières heures de la période de dilatation ou pendant la période d'expulsion. Donné à la dose de 2 à 8 grammes en un, deux ou trois lavements d'heure en heure, selon qu'il est gardé, bien que la moyenne absorbée n'ait pas dépassé 4 à 5 grammes, il a été ordinairement bien supporté. Dans plusieurs cas, les contractions ont été manifestement moins douloureuses sans diminuer de fréquence

ni d'énergie, et le travail s'est terminé dans le délai ordinaire; mais, dans d'autres, les contractions ont cessé avec les douleurs et la partie fœtale est restée dans l'excavation ou à la vulve sans pouvoir se dégager. Cinq fois, l'application du forceps a été rendue indispensable dans ces conditions. Il y a donc lieu d'être circonspect dans l'emploi de ce moyen et de le rejeter dans les accouchements normaux, le réservant pour modérer l'excitabilité excessive de l'utérus et calmer des douleurs morbides résultant de contractions trop énergiques. (*Soc. de méd. de Paris.*)

Chloroforme. L'anesthésie incomplète n'est indiquée pour M. Blot, comme pour la plupart des accoucheurs, que dans le cas de douleurs utérines anormales ou déviées, vers la fin de l'accouchement. L'usage banal que certains accoucheurs en font, même au commencement du travail, est passible de tous les accidents, suivant la susceptibilité particulière des femmes qu'il est impossible de connaître d'avance. Il est donc prudent de s'en abstenir quand l'indication n'est pas formelle et pressante. Une jeune primipare ayant été prise tout à coup d'une douleur violente, atroce, agonisante, répondant aux attaches du diaphragme, coïncidant avec les contractions et qui les arrêtait en resserrant de plus en plus le col, M. Blot fit inhaler le chloroforme d'une manière intermittente, sans produire l'anesthésie complète. Les douleurs anormales se calmèrent rapidement, la dilatation redevint complète et permit une application de forceps qui amena un enfant vivant.

Des douleurs utérines excessives, coïncidant avec un resserrement spasmodique et la rigidité du col, ont été également calmées par une anesthésie incomplète et sans perte de connaissance dans un autre cas. A partir de ce moment, le travail a marché avec une extrême rapidité. Ces douleurs excessives empêchent, en effet, leur efficacité sur la dilatation. L'inhalation de quelques gouttes de chloroforme, en les diminuant, rend celle-ci plus active. (*Soc. de chir.* 4 octobre.)

Ce n'est pas qu'entre les mains d'un accoucheur prudent, le chloroforme à la reine soit dangereux. Sur plus de 200 femmes anglaises auxquelles il l'a administré, sur leur demande, le docteur Cazin de Boulogne nous a dit n'avoir ja-

mais observé le moindre accident et les femmes disent souffrir moins. Il n'a pas jugé prudent toutefois de l'administrer à sa propre femme.

Éthérisation. Provoque-t-elle les hémorrhagies post-partum? se demande le docteur Minot, médecin de l'hôpital général du Massachusetts, et il répond par la statistique suivante : Sur 151 accouchements où l'éthérisation complète ou incomplète a eu lieu à cause de la violence des douleurs expulsives ou de l'application des instruments, il n'y a eu que 25 cas d'hémorrhagie notable, dont 12 ont été assez abondantes pour inspirer des craintes sérieuses, comme il le montre par le détail des observations. A l'exception d'une seule, toutes les femmes se sont rétablies. La faible proportion de ces cas et le fait plus concluant que, dans plusieurs de ceux-ci, les femmes avaient été éthérisées dans des accouchements antérieurs sans hémorrhagie et que la faiblesse, un travail long, laborieux, peuvent en rendre compte, déterminent l'auteur à rejeter cette cause (*Obst. soc. of Boston* et *Boston med. and surg. journal*, nº 17).

Délire des opérateurs. C'est une aberration mentale passagère, momentanée, qui, par suite d'une mauvaise disposition physique et en face de difficultés imprévues, s'empare de l'accoucheur comme de tout chirurgien et lui fait commettre les violences et les lésions les plus graves contre toutes les règles de l'art. Il perd conscience de la situation et de ses mouvements, n'est plus maître de lui, et procède brutalement comme un ignorant. Et, loin que ce soit par ignorance comme le croyait Mauriceau, M. Guéniot montre, par six exemples saisissants, que les plus habiles accoucheurs ne sont pas exempts de ce délire.

Ligature du cordon. — Voy. Cordon ombilical.

Cystite consécutive. — Voy. Cystite puerpérale.

Accouchement prématuré. *Électricité induite*. Basé sur ce fait que les muscles lisses et innervés par le grand sympathique ne réagissent pas immédiatement comme les muscles striés, sous l'action des courants continus, en raison

sans doute de ce qu'au lieu de s'y localiser, comme dans ceux-ci, elle se répand dans tout l'organe, le docteur Grunewaldt l'a appliquée avec succès sur l'utérus gravide pour amener le décollement de l'œuf. Deux femmes rachitiques dont le diamètre conjugué du bassin variait de 82 à 87 millimètres, qu'il s'agissait de faire accoucher prématurément, y furent soumises avec succès, dans la 36e semaine, de la manière suivante :

Les électrodes de l'appareil Dubois-Reymond étant appliqués de chaque côté du fond de l'utérus à une distance de 10 à 15 centimètres, l'intensité du courant fut augmentée lentement, puis diminuée brusquement une minute après et ainsi cinq à six fois d'une manière intermittente. Deux à trois séances semblables suffirent pour provoquer le travail avec présentation de l'épaule dans le premier cas. La version et l'extraction furent pratiquées avec succès. Le second se termina par les seules forces de la nature. Dans les deux cas, les enfants vécurent. C'est donc là un nouveau moyen à tenter. (*Archiv für gynækolog.*, 1875.)

Accouchement par le siége. Un danger paraît résulter des tractions exagérées sur le muscle sterno-mastoïdien. C'est le tiraillement sinon la rupture de ses fibres donnant lieu ensuite à une induration ou plutôt une myosite interstitielle qui se manifeste chez les nouveau-nés, peu de jours après leur naissance, et se traduit par une petite tumeur ovoïde et la déviation de la tête. — Voy. TUMEURS.

Accouchement *post-mortem*. Un fait analogue à celui qui s'est passé en Irlande il y a quelques années (voy. année 1872), a eu lieu à Madrid, au mois d'août dernier, en donnant lieu dans la presse politique à des commentaires, des appréciations et des censures aussi défavorables à l'administration qu'au corps médical. Le cadavre d'une femme se trouvait depuis quarante-huit heures au dépôt des cadavres du cimetière du sud, par ordre de l'autorité judiciaire, lorsque, au moment de procéder à l'inhumation, on trouva entre ses jambes un fœtus dont le séjour paraissait remonter à peu d'heures. Sa sortie spontanée s'était évidemment effectuée après la mort de la mère, à moins que celle-ci ne fût seulement qu'apparente. Ces questions n'ont pu être éluci-

dées et de là les accusations formulées contre le défaut de zèle dans l'assistance médicale. Mais ce que l'on put affirmer, c'est que la grossesse n'était que de cinq à six mois et que le fœtus était difficilement viable. L'issue du procès en résultant n'a pas encore eu lieu. (*Siglo med.* 3 septembre.)

ACIDES. Acide salicylique. Il suffit, d'après M. Cassan, d'ajouter 2 à 3 grammes de citrate d'ammoniaque à 2 grammes de cet acide pour le rendre soluble dans l'eau et éviter ainsi l'addition de l'alcool. Quand le véhicule doit être restreint, on peut mêler 2 grammes de citrate d'ammoniaque à 1 d'acide, dans 150 grammes de liquide, pour que la solution soit très-acceptable. L'addition du rhum à la solution peut même diminuer de moitié le citrate d'ammoniaque quand la dose d'acide salicylique est assez élevée comme dans la formule suivante :

℞ Acide salicylique	4	grammes.
Citrate d'ammoniaque	2	—
Rhum	30	—
Eau distillée	164	—

Mêlez. (*Soc. de thér.*, avril.)

Une formule plus simple est préconisée par le docteur Painter dans le *Pacific med. and surg. Journal* : c'est la liqueur d'acétate d'ammoniaque. 4 grammes de celle-ci pour 2 grains d'acide salicylique donnent à celui-ci un goût douceâtre très-perceptible. V. RHUMATISME.

Acide chromique. — V. ULCÉRATIONS DU COL.

ACONIT. Depuis que l'alcaloïde de cette plante toxique a été obtenu par M. Hottot et que M. Duquesnel a réussi à lui donner toute la pureté désirable par la cristallisation; que M. Gubler en a démontré cliniquement les effets physiologiques et thérapeutiques (*V. années* 1864 et 1872), il semblait qu'elle dût être employée exclusivement en raison de la sécurité qu'elle offre seule au praticien et de l'incertitude d'action de toutes les autres préparations, c'est-à-dire des dangers résultant de leur emploi. L'expérience des siècles a montré que, comme toutes les plantes médicamenteuses, ses effets varient suivant sa provenance, sa

récolte, son état frais ou sec, et surtout ses diverses parties constituantes. Il a été établi notamment que la culture lui faisait perdre la plupart de ses propriétés et que l'aconit-napel des jardins était presque inerte, tandis que celui des montagnes était le plus actif.

M. Oulmont a voulu une fois de plus confirmer toutes ces connaissances déjà acquises, en les passant au creuset de l'expérimentation. Cette méthode étant le critérium infaillible de l'école positiviste, il était nécessaire d'y soumettre les données cliniques obtenues sur l'aconit. Frappé de l'inégalité d'action de ses diverses préparations pharmacologiques, il a institué une série d'expériences sur les chiens, et comparativement sur l'homme, dans le but de déterminer les parties actives et celles qui ne le sont pas. Il est ainsi résulté de ses recherches que les feuilles et les fleurs n'ont qu'une action faible et incertaine, de même que les tiges et les semences qui n'ont jamais guère été employées. L'alcoolature de ces parties à l'état frais — qui se prépare par leur macération après contusion dans de l'alcool faible à 90° — est presque inerte. 30 à 40 grammes chez les animaux et la moitié chez l'homme n'ont produit aucun effet appréciable. Ce serait donc une illusion complète que d'employer cette préparation à la dose de 10, 15 à 20 gouttes, 40 même en potion, comme un grand nombre de praticiens le font encore, contre l'imminence d'une infection purulente et de lui attribuer aucune action à cet égard. (*France méd.*, n° 16.)

Au contraire, la teinture avec les feuilles fraîches et de l'alcool à 60° s'est montrée plus active, quoique d'une action incertaine et inégale. Fait contradictoire, selon M. Ferrand, car si les feuilles sèches contiennent une certaine dose de principe actif, comment les fraîches n'en contiendraient-elles pas, lorsqu'il est reconnu en pharmacologie que, en présence du véhicule, la matière active contenue dans une plante fraîche se prête bien mieux à la solution qu'après une dessiccation prolongée? Elle a contracté ainsi soit de nouvelles combinaisons, soit une cohésion particulière qui sont des obstacles à vaincre. On a surtout dit de l'aconit que la dessiccation lui enlevait une grande partie de ses propriétés et qu'il convenait de s'en servir à l'état frais pour en tirer des préparations actives. Les expériences de

M. Oulmont détruisent absolument ces croyances établies sur la pratique et cela d'autant plus que l'extrait même de feuilles du Codex a pu être donné aux doses de 5 à 7 grammes sans produire autre chose que des effets physiologiques très-modérés. Il n'y a donc aucune confiance à avoir dans les diverses préparations avec les feuilles d'aconit.

C'est le contraire avec les racines. L'alcoolature avec les racines fraîches, quoique moins active que la teinture avec les racines sèches, ne doit être prescrite qu'à faible dose en raison de son inégalité d'action due à l'eau de végétation contenue dans ces racines. La teinture de racines sèches est aussi difficile à doser exactement. Elle cause une impression désagréable et persistante sur la muqueuse du pharynx.

A plus forte raison de l'extrait de racines sèches préparé avec l'aconit des Vosges. Il renferme, en effet, tous les principes actifs de la plante ; son action est égale et régulière ; il est facile à administrer et à doser dans les plus petites proportions. Cette préparation est donc préférable par la certitude de ses effets. On peut l'administrer au début à la dose de 2 ou 3 centigrammes par jour, et la porter graduellement jusqu'à 10 et 15 centigrammes sans produire d'accidents.

L'aconit du Dauphiné, et surtout celui de Suisse, doivent être rejetés à cause de la violence de leur action et de la difficulté qu'on éprouve à les doser. (*Acad. de méd.*, décembre 1875 et mars 1876.)

Le résultat nouveau de ces expériences serait l'inertie des feuilles et des fleurs fraîches et de là la nécessité de la révision des formules officinales généralement adoptées. Mais les empoisonnements d'enfants par l'ingestion de fleurs fraîches d'aconit ne permettent pas d'accepter ces conclusions sans réserve ni sans information ultérieure. Les feuilles fraîches de certaines variétés d'aconit, le *ferox* par exemple ou celui qui est cueilli en Suisse ou d'autres sites, sont certainement vénéneuses. C'est donc bien plutôt à préciser l'origine et l'espèce de tel aconit, celui du Dauphiné, par exemple, à en bien doser le principe actif et la valeur de l'aconitine, l'intensité d'action, que doivent consister les recherches, qu'en des expériences qui n'ont rien de précis ni de rigoureux puisque l'espèce, la variété, l'origine, la

récolte, la dessiccation, ne sont pas déterminées. On ne peut employer l'extrait d'aconit ni même l'aconitine avec sécurité que moyennant cette garantie, car il en est qui tuent même à dose homœopathique, tandis que d'autres peuvent être employés à plusieurs milligrammes par jour sans danger.

AINHUM. *De ainhum*; considérations sur cette maladie, par le docteur Moncorvo de Figueiredo, membre de l'Académie de médecine de Rio de Janeiro, etc.; brochure in-8o de 54 pages. Extrait de la *Revista medica* de Rio de Janeiro.

A propos d'un nouveau cas de cette singulière maladie du petit orteil, spéciale aux nègres (*V. année* 1867) et observée à l'hôpital de la Miséricorde de Valence près Rio, au commencement d'avril 1876, l'auteur examine les différentes théories émises sur sa nature. Telle est celle de la variété dactylienne de la lèpre amputante des Arabes, émise par le docteur Collas qui l'a observée chez les Hindous à Pondichéry (*V. année* 1868.) Celle de l'éléphantiasis, et surtout celle de la sclérodermie ou asphyxie locale, ou gangrène symétrique des extrémités. Mais le sillon circulaire et profond de la racine du petit orteil, qui est le signe caractéristique de l'ainhum, la dégénérescence graisseuse de tous les tissus de cet orteil en avant de cette compression cellulaire, musculaire, fibreuse et osseuse par atrophie raréfiante, et la guérison, dans un cas, par le débridement profond de l'anneau constricteur de l'orteil fait au début, distinguent suffisamment cette maladie de toutes les précédentes pour en faire une espèce à part qui mérite de figurer dans le cadre pathologique des pays chauds.

ALBUMINURIE. *Iode.* Contrairement aux faits de guérison d'albuminurie chronique par la teinture d'iode (*V. année* 1872) et à son emploi dans le diabète, M. J. Simon a constaté chez les enfants teigneux, traités, sans lavage ni épilation, par les badigeonnages avec parties égales de glycérine et de teinture d'iode, non-seulement des urines iodées mais albumineuses. Onze jeunes teigneux, traités de cette façon, ont tous présenté des urines iodées avec iodisme dans deux cas et quatre ont été albuminuriques. Et c'était bien

le traitemement qui les rendait ainsi, car les urines ont été examinées avant, pendant et après. Le fait n'était donc ni habituel ni accidentel. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Fuchsine. MM. Bergeron et Clouët ayant obtenu d'une manière très-inattendue, par l'usage de la fuchsine pure, la disparition complète de l'albumine, chez un sujet dont les urines en contenaient depuis longtemps, le docteur J. Feltz l'a employée chez un homme de cinquante-huit ans, présentant un œdème généralisé et des urines très-albumineuses. Entré en mars à l'infirmerie de la Maison de répression de Saint-Denis, il prit, le 17 mai, 05 centigrammes de fuchsine en dissolution dans de l'eau. Les urines essayées d'heure en heure ensuite présentèrent, à chaque examen, une diminution de la proportion d'albumine avec une grande quantité de phosphates. 10 centigrammes de fuchsine ayant été administrés le lendemain, l'albumine disparut complétement et définitivement des urines. Cet agent a donc bien une action particulière sur les urines. Il ne s'agit que de l'employer aussi pur que possible pour éviter les accidents. (*Gaz. hebd.*, n° 25.)

Albuminurie de la grossesse. *Régime lacté.* Employé avec succès par M. Tarnier, dans son service de la Maternité de Paris, d'après la formule suivante :

1er jour : un litre de lait; deux portions d'aliments.

2e jour : deux litres de lait; une portion d'aliments.

3e jour : trois litres de lait; une demi-portion.

4e jour et jours suivants : quatre litres de lait ou lait à discrétion, sans autre aliment ni autre boisson.

Dans les cas graves, surtout s'il y avait quelques prodromes d'éclampsie, la gradation précédente n'a pas été observée et les malades ont été mises d'emblée à trois ou quatre litres de lait par jour.

L'influence de ce régime n'a jamais tardé à se manifester; en huit ou quinze jours, l'albuminurie a été en décroissance très-notable et même guérie, comme deux observations rapportées in extenso en font foi.

Une seule fois, l'albuminurie a persisté sans amélioration chez une femme qui mourut quelque temps après son accouchement et qui offrit à l'autopsie les lésions d'une maladie

de Bright avancée. C'est assurément là un fait exceptionnel et peut-être la maladie était-elle indépendante de la grossesse. Sauf cette exception, le succès a été constant. (*Progrès méd.*, nº 50, 1875.)

Ce moyen est d'autant plus précieux qu'il n'oblige pas les femmes enceintes qui éprouvent les premiers symptômes de l'albuminurie, comme l'infiltration, à cesser les travaux de leur ménage. N'est-il pas bien permis aussi d'espérer qu'il préviendrait, dans beaucoup de cas au moins, les accidents éclamptiques et leurs fatales conséquences, comme la mort de l'enfant, qui se déclarent si souvent chez les albuminuriques? C'est donc un traitement curatif et préventif à la fois.

ALIÉNATION MENTALE. *Altérations du système cutané.* Leur fréquence sous les formes les plus diverses, de même que l'anesthésie et l'hyperesthésie de la peau, l'odeur infecte de la sueur ou sa suppression, sont, pour le docteur Fèvre, des manifestations trophiques résultant des modifications de l'axe cérébro-spinal. Elles peuvent ainsi, à ce point de vue, servir au pronostic même de la maladie mentale et à l'étendue des lésions organiques dont elle est l'expression. L'affection cutanée, en bon satellite de l'affection mentale, en suit la marche. La guérison des lésions cutanées indique la guérison prochaine de la folie. Malheureusement aucune observation clinique n'est relatée à l'appui de ces vues théoriques. (*Ann. méd. psychol.*, janvier et mars.)

Altération anévrysmatique de la carotide interne. Le docteur Meyer l'a constatée, le premier, chez 31 aliénés, dont 8 vieillards seulement et 4 jeunes gens. 5 avaient une affection du cœur et 4 une sclérose artérielle généralisée, mais, dans 5 de ces cas précisément, la lésion de la carotide était relativement peu prononcée. D'où l'auteur croit pouvoir attribuer cette lésion locale aux congestions encéphaliques dont sont frappés si fréquemment les aliénés.

Elle est d'ailleurs toute spéciale. Son siége constant est à l'origine même de la carotide interne où elle se distingue des parties environnantes par un anneau bien net de 8 à 10 millimètres de hauteur, ne se continuant presque jamais dans

la carotide primitive. Il y a là tous les degrés de l'endartérite chronique, de la sclérose artérielle. Des plaques calcaires très-étendues forment des anneaux solides lisses au toucher. Il y a des zones intermédiaires de constitution différente et parfaitement distinctes. Elles sont amincies surtout à la partie inférieure du foyer morbide et se forment en ampoules par l'insufflation. La tunique interne est intacte au niveau des zones amincies, tandis qu'elle subit la dégénérescence graisseuse dans l'endartérite commune. La région malade est d'ailleurs fréquemment dilatée dans son ensemble car, huit fois, elle était véritablement anévrysmale. Il s'agit donc de vérifier s'il y a une relation directe entre cette lésion et l'aliénation mentale ou certaines de ses formes. (*Archiv. für psych.*, 1875.)

Transfusion et injection sanguines. Incité et séduit sans doute par les heureux résultats obtenus par les aliénistes italiens, M. A. Voisin a employé la transfusion intra-veineuse de 80 grammes de sang humain sur une femme aliénée de 41 ans chez laquelle des métrorrhagies avaient contribué à produire un état profondément cachectique joint à une mélancolie très-accusée. Une amélioration sensible s'en est suivie, l'œdème non albumineux a disparu et la malade est revenue à la santé.

L'injection accidentelle de 20 grammes de sang dans le tissu cellulaire péri-veineux n'ayant amené qu'un thrombus qui se résorba très-rapidement, M. Voisin a été amené à injecter le sang veineux de mouton chez une première malade que le régime le plus tonique possible n'avait pas empêché de tomber dans l'état le plus grave. Voici le procédé opératoire employé. Ayant découvert, par une incision longitudinale, la veine jugulaire d'un mouton de quatre mois, il en retira 50 grammes de sang dans une capsule en porcelaine. Il se rend ensuite auprès de la malade, introduit une aiguille dans la partie interne de son bras droit, lui imprime des mouvements de latéralité afin de déchirer, d'ouvrir des lymphatiques, des capillaires, remplit du sang extrait une seringue en verre terminée par un tube en caoutchouc, adapte le tube à l'aiguille, et pousse le sang sans rencontrer de résistance. Il se forme une tumeur du volume d'une pomme; la malade accuse une légère dou-

leur. Les jours suivants, il y a un peu d'inflammation, mais elle se calme bientôt ; cinq jours après l'opération, il n'y a plus trace de la tuméfaction. État général quelque peu amélioré.

Le 9 novembre, seconde injection de quarante-cinq grammes de sang veineux de mouton ; suites très-simples, pas d'albuminurie, pas de matière colorante de la bile dans l'urine ; les globules de sang du mouton restent donc dans l'organisme. L'urine, traitée par l'acide azotique et chauffée, prend une légère teinte lie de vin. L'amélioration générale continue. Les injections sous-cutanées de morphine mal supportées, avant la première injection de sang, ont été mieux tolérées ensuite.

Répétées dans un second cas analogue, ces injections interstitielles ont donné les mêmes résultats et ont été continuées de huit en huit jours. Leur utilité semble donc acquise et la résorption facile des épanchements sanguins, chez les aliénés, est d'ailleurs une raison de plus en faveur de ce nouveau mode de traitement, suivant la remarque de M. Delasiauve. On peut donc les tenter chez les aliénés qui présentent une anémie profonde avec diminution considérable de la proportion des hématies, œdème sans albuminurie, eschares au sacrum et au coude, amenant la mort. (*Soc. de méd. de Paris*, octobre 1875, et *Gaz. des hôpitaux*, n° 5.)

Cette pratique est justifiée par l'altération du sang résultant d'une alimentation insuffisante, d'une inanition lente qui se traduit par la pâleur des malades, la flaccidité des chairs, l'œdème des extrémités et un état de langueur. Au microscope, les globules sont isolés en ilôts séparés sans augmentation des globules blancs. C'est à ces signes spécialement que l'on doit se rapporter pour faire la transfusion.

Enseignement clinique. Par une décision de M. de Marcère, ministre de l'intérieur, les cours cliniques des maladies mentales, supprimés arbitrairement en 1874 par le préfet Duval, ont été rétablis à la Salpêtrière, Bicêtre et Sainte-Anne. On ne peut qu'applaudir à cette mesure réparatrice, mais ce n'est pas assez. Dans la crainte que les bouleversements politiques n'amènent encore quelque préfet

ou ministre rétrograde à mettre cet enseignement en question, une loi était nécessaire pour l'instituer définitivement. C'est ce qu'a tenté avec succès M. le docteur Clémenceau par un amendement au budget de l'instruction publique. Il ne faut pas qu'un enseignement dont la nécessité et l'urgence s'imposent aussi impérieusement soit lié, en son existence, au bon plaisir, aux caprices d'une majesté administrative absolument incompétente; il doit être mis hors de question. Et de même qu'il existe dans la plupart des autres pays, notamment à Vienne où Meynert et Leidersdorf le représentent avec éclat, ce n'est pas la patrie de Pinel et d'Esquirol qui doit rester en arrière à cet égard. Il doit donc être institué officiellement non-seulement à la Faculté de médecine de Paris, mais dans toutes les Facultés de province, si l'on veut que les médecins puissent juger en connaissance de cause de ces aberrations de l'esprit et de la raison et puissent ainsi distinguer un innocent d'un coupable.

Leçons sur les maladies mentales, par M. B. Ball. Paris. Résumé des cours complémentaires faits comme agrégé de la Faculté de médecine en 1875 et 1876, comme pour répondre au fatal arrêté du préfet Duval qui fermait les cours cliniques de Sainte-Anne. Ce premier fascicule contient les trois chapitres qui en sont comme l'introduction : *La folie en général; les éléments morbides; les illusions et les hallucinations.*

Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales, suivi de considérations pratiques sur l'administration des asiles d'aliénés, par H. Dagonet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Sainte-Anne. 1 volume grand in-8°, avec 8 planches en photoglyptie. Paris.

Leçons cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière par le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, avec photographies, planches lithographiées et figures intercalées dans le texte. Grand in-8° de 196 pages, Paris.

AMAUROSE. *Simulation.* Voy. VISION.

AMPUTATIONS. *Valeur du pansement antiseptique.* De l'étude comparée de plusieurs statistiques d'amputations, quant aux résultats obtenus avec les divers pansements (*V. ce mot*), Krönlein est arrivé aux proportions suivantes de la mortalité comparée des deux méthodes.

	Pansement antiseptique.	Pansement simple.
Amputations de cuisse.......	55.5 0/0	35.7 0/0
— jambe..	15.3	18.1
— pied	27.7	20.0
— bras.........	30.0	14.2
— avant-bras...	10.0	0.0
— main........	0.0	0.0
Moyenne:	30.0	20.0

L'avantage du pansement antiseptique sur la rapidité de la cicatrisation ressort au contraire clairement de la comparaison.

	Pansement simple.	Pansement antiseptique.
Amputation de cuisse.....	118 jours 3	61 jours 2
— jambe.....	87 — 5	47 — 6
— bras	57 — 7	28 — 7
— avant-bras.	56 — 3	29 — 8

Le bon état du moignon et le fonctionnement consécutif et régulier du membre sont les conséquences ordinaires de cette cicatrisation rapide et souvent par première intention. La forme en est belle et arrondie, l'enveloppement charnu parfait, l'os profondément enfoncé se termine par un très-petit cal, sans saillie, et la peau rétractée, comme cela s'observe souvent à la suite d'une cicatrisation lente. Les douleurs névralgiques et les excoriations de la cicatrice ne s'observent pas comme dans ce dernier cas. Et de même de l'amputation de la mamelle et des résections. Une résection du genou a pu ainsi se réunir par première intention en quatorze jours. (*Archiv für Klin. chirurgie.*) — Voy. HÉMOSTASE.

Amputation de l'annulaire droit. Elle a été pratiquée par le docteur Lippincott pour une affection assez rare, chez un robuste artisan de vingt-cinq ans, taille de cinq pieds neuf pouces, qui vint lui-même réclamer cette opération à l'hôpital. Il s'agissait d'une hypertrophie traumatique avec élongation et ankylose des phalanges qui gênait considé-

rablement l'usage de la main. Ce doigt avait 13 centimètres de long et 8 de diamètre au lieu de 10 et 5 du côté opposé. Les condyles étaient proéminents avec mouvements ordinaires de l'articulation métatarso-phalangienne, mais très-peu mobiles dans celles des phalanges.

Une contusion à l'âge de deux ans et une brusque flexion accidentelle de ce doigt l'année suivante paraissent les seules causes de ces lésions. L'examen de cette pièce pathologique montra une augmentation du calibre des artères avec épaississement des parois sans dégénérescence athéromateuse. Les os ne présentaient aucune altération de structure ni de forme. (*Amer. journal of med. Sciences*, janvier.)

ANÉMIE. *Caractères du sang.* D'après les recherches de M. Hayem, le sang paraît peu changé, sinon en quantité, dans l'anémie aiguë suite d'hémorrhagie abondante. Les globules rouges conservent leurs dimensions normales, absolues et relatives. Tandis que dans l'anémie chronique s'établissant et augmentant d'une manière progressive, et qui dure depuis longtemps, la moyenne des dimensions globulaires est toujours inférieure à la normale. Celle-ci étant de 8 à 9 millièmes de millimètre peut tomber de 7 à 5 1/2. De là, une diminution sensiblement moindre de la masse globulaire. Des déformations des petits et moyens globules s'observent également sous différentes formes ainsi que leur décoloration. La diminution de l'hémoglobine est surtout constante et accentuée dans les globules géants. Ils sont ainsi moins volumineux, déformés, et d'une très-faible teinte : témoignages d'une altération profonde.

Transfusion. Contrairement à certains auteurs qui la préconisent, M. Féréol entre autres, M. Raynaud ne la croit pas praticable. Il s'élève même contre cette médication qu'il réserve exclusivement pour l'anémie post-hémorrhagique.

Anémie progressive pernicieuse. A mesure que l'attention des cliniciens se fixe mieux sur cette nouvelle espèce morbide que les médecins suisses et allemands ont tenté d'introduire dans la nosologie ; à mesure que les cas s'en multiplient ici et là et sont examinés avec tout le soin

nécessaire, on tend, comme nous, à la faire rentrer dans l'anémie essentielle, idiopathique, *incertæ sedis*, et due à des causes diverses. (Voy. *année* 1875.) Le docteur Lépine, après une observation très-rigoureusement prise d'un exemple semblable à l'hôpital Beaujon, sur une nouvelle accouchée de 34 ans, n'hésite pas, en l'absence de toute lésion anatomique, à ne voir là qu'une anémie essentielle due à des causes ordinaires : comme la gravidité, une mauvaise alimentation, des accidents dyspeptiques et une diarrhée persistante. Ce cas, à la rigueur, cadrerait donc avec ceux de Gusserow qui en fait une anémie spéciale aux femmes enceintes. Mais les nombreux faits contraires, observés chez de jeunes filles vierges, à l'exemple de la *febris alba virginum* de Trousseau, comme le docteur Bradford en rapporte un nouveau cas mortel chez une jeune fille de 11 ans (*Boston med. and surg. journ.*, 6 juillet) ne permettent plus d'adopter cette étiologie ; tout en reconnaissant que l'état de grossesse y prédispose. Quant aux auteurs qui ont voulu en faire une conséquence de la dégénérescence du cœur, ils sont contredits par les autopsies, celle de Lebert en particulier, où le cœur a été trouvé sain dans sa substance et ses valvules. Gusserow a aussi vu manquer cette dégénérescence dans plusieurs cas. Et si M. Lépine a constaté des petites taches jaunes, des points de dégénérescence graisseuse à la surface interne du cœur, c'est pour montrer qu'ils ne sauraient être la cause de cette anémie, mais bien plutôt son effet.

L'absence de gonflement de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques, coïncidant avec la proportion normale de leucocytes, ne permet pas davantage de la rattacher à la leucémie, comme quelques auteurs l'ont fait. Il n'y a donc pas à la confondre avec l'adénie de Trousseau, ou maladie de Hodgkin, ni la lymphadénie de Ranvier.

Le docteur W. Pepper l'attribue cependant à une forme de leucémie encore peu connue : la *lymphadénie myélogène*, c'est-à-dire l'hyperplasie leucémique de la moelle des os. Fondé sur un seul cas affirmatif de l'examen microscopique de la moelle, cet auteur, ainsi que M. Fede, n'hésite pas à lui attribuer cette étiologie. Mais M. Lépine montre que leurs données ne reposent sur aucun examen rigoureux. Dans un cas de Scheby-Buch seulement, l'examen

microscopique de la moelle du radius la montra rose, renfermant peu de cellules adipeuses, beaucoup de cellules analogues aux globules blancs du sang et peu de globules rouges. Aussi, après l'examen de la moelle osseuse du sternum, celle-ci lui ayant paru parfaitement saine, M. Lépine regarde ces lésions comme tout à fait étrangères à l'anémie. C'est introduire une confusion regrettable dans la question, dit-il, que de présenter ces cas comme de l'anémie essentielle pernicieuse. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 juillet, et *Union méd.*, nos 114 et 115.)

Le rôle considérable de la moelle comme organe hématopoiétique et la rareté de l'examen de la moelle des os dans l'anémie conservent pourtant quelques partisans à cette nouvelle étiologie. La pathologie de la lymphadénie myélogène, dont il existe à peine 30 cas dans la science, est d'ailleurs si peu connue que l'on ne peut prévoir ses rapports avec l'anémie. Dans les deux cas de Wood, relatés dans le *Dictionnaire de médecine*, les globules blancs du sang avaient conservé leur proportion normale et les malades avaient succombé dans le marasme et dans un état d'anémie que nulle altération d'organes n'expliquait. Cette question mérite donc d'être examinée à nouveau. (*Gaz. hebd.*, n° 34.)

A défaut d'une cause spéciale, le professeur Eichhorst attribue à l'anémie progressive un caractère anatomique du sang : ce serait la présence de petits globules déformés égalant à peine le quart des globules normaux, et ressemblant à des gouttelettes graisseuses rouges. Observés chez 7 malades atteints d'anémie progressive, ils augmenteraient avec le développement de la maladie. (*Centralb.* 24 juin.)

Mais outre que M. Hayem signale, comme on l'a vu, ces petits globulins dans l'anémie simple, il n'est pas certain qu'ils existent dans tous les cas d'anémie progressive et la mycrocythémie, dont MM. Masius et Vanlair ont voulu faire aussi une maladie spéciale, d'après ce caractère seul de globules nains ou microcytes rencontrés dans le sang (Voy. *année* 1871), n'est pas davantage l'anémie progressive. M. Lépine ne voit là qu'une prolifération très-active de globulins tenant à une augmentation de la rate et des autres organes hémato-poiétiques.

Cette entité n'a même pas de symptomatologie uniforme.

Fébrile parfois, elle est apyrétique dans d'autres cas. Quelques malades conservent du tissu adipeux, d'autres meurent rapidement dans un état de maigreur extrême, consomptive. Il y a ou non de l'albuminurie, des vomissements, de la toux, des crachats. Bref, il n'y a pas la moindre similitude symptomatique, si ce n'est la persistance de la maladie vers le terme fatal, malgré tous les toniques et les reconstituants employés.

Pour toutes ces raisons négatives, il n'y a donc pas lieu de faire une entité spéciale de cette forme d'anémie qui, toute progressive qu'elle est, n'a rien de pernicieux, puisque des guérisons en sont citées, même en Suisse. Les faits sur lesquels les médecins suisses ont voulu l'édifier n'ont rien de nouveau ni de particulier à la Suisse. Il s'agit donc simplement de personnes prédisposées, comme certaines femmes chlorotiques que Trousseau avait reconnu ne pouvoir jamais guérir. De là viennent sa persistance et sa gravité.

Une remarque très-judicieuse et toute pratique est faite par le docteur Mignot (de Chantelle), à l'occasion de l'observation précédente, dont la pathogénie est si savamment discutée et élucidée. Des noyaux de pneumonie à la base du poumon droit et du pus dans les bronches ayant été rencontrés à l'autopsie, il se demande comment ces lésions n'ont pas fixé l'attention du médecin, pendant la vie, et provoqué un traitement spécial. Il craint donc que l'attention d'un observateur aussi habile n'ait été distraite de ce côté par *celle qui* était peut-être trop exclusivement portée vers la numération des globules et ses indications.

De là, le vice et les dangers des moyens physiques d'exploration, si fort à la mode en clinique, auxquels on s'attache trop exclusivement, ce qui fait négliger et passer inaperçus des accidents et des lésions graves. D'où l'insuffisance de cette médecine expérimentale qui contribue plus à tourmenter les malades qu'à servir à leur guérison. Des cliniciens comme Laënnec et Chomel n'eussent pas manqué de constater, par l'examen de la poitrine, cette phlegmasie broncho-pulmonaire incidente et cherché à y porter remède. Les nouvelles méthodes d'investigation ne doivent pas faire négliger les anciennes. (*Union méd.*, n° 125.)

ANESTHÉSIE. A ses nombreuses et intéressantes recher-

ches sur les anesthésiques, M. Cl. Bernard vient d'en ajouter de nouvelles pour montrer que leur action n'est pas exclusivement limitée au système nerveux. Il en reçoit l'impression première et voilà tout. Les autres tissus en sont modifiés ensuite. Un muscle soumis à l'influence de l'éther et du chloroforme perd le pouvoir de se contracter, il devient rigide, opaque; opacité très-évidente de la substance musculaire produite probablement par la coagulation du protoplasma. Des modifications analogues ont probablement lieu dans les divers organes et, comme conséquence, la suppression ou l'altération momentanée de leur fonction. Le plasma des cellules ganglionnaires se coagule de même sous l'influence du chloroforme ou de l'éther, et c'est ainsi que les sensations ne sont plus perçues et les mouvements volontaires inexécutés.

La suppression des mouvements de la sensitive par l'éthérisation est une preuve que le système nerveux n'en reçoit pas seul l'influence. Mais comme on pourrait objecter que cette propriété de la plante se rapproche du règne animal, M. Cl. Bernard a institué d'autres expériences sur les fonctions de reproduction végétale pour mieux montrer l'action des anesthésiques sur tous les tissus vivants. Il a placé ainsi, dans trois tubes, des graines de cresson humectées également avec de l'eau. Dans l'un, il les laisse dans cet état; dans un autre, il ajoute un peu de chloroforme, et de l'éther dans le troisième. Dès le lendemain, les graines du premier tube ont germé et laissent voir de petites tigelles munies de deux feuilles verdâtres à leur extrémité. Dans les deux autres, au contraire, les graines sont restées inertes et, quoique légèrement gonflées par l'absorption de l'eau, rien ne révèle chez elles un commencement de germination. Il ne se manifeste que quelques heures après, quand les anesthésiques se sont évaporés. D'où la démonstration que les propriétés vitales des graines ont été endormies par ces agents sans en être détruites; modifications en tout semblables à celles des fibres musculaires et des cellules nerveuses.

L'action nouvelle sur les muscles et les nerfs en particulier, résultant de ces expériences, peut expliquer en partie certains cas de mort subite pendant l'anesthésie chirurgicale. Le cœur, le pneumo-gastrique, influencés anormale-

ment, peuvent ainsi la déterminer. Ces données pourront peut-être aussi être utilisées dans l'avenir pour la thérapeutique. (*Soc. de biol.*)

Nouveaux anesthésiques. Ayant remarqué qu'après une série de respirations très-fréquentes et profondes, comme à la suite d'une course rapide ou l'action de souffler violemment sur le feu, il survient un certain trouble de la vue et de l'intelligence, le docteur Hewson mit ce moyen à profit comme anesthésique pour les petites et courtes opérations: l'avulsion d'une dent, le cathétérisme, l'exploration d'une blessure, un pansement douloureux, la cautérisation. Des inspirations profondes et fréquentes, pendant trois minutes, suffisent à cet effet. Une sensation particulière est ressentie tout d'abord sur toute la surface du corps et particulièrement aux doigts, puis une certaine confusion de l'intelligence suit, qui, sans ôter la conscience, ni l'ouïe, diminue la sensibilité périphérique. Une épingle profondément enfoncée ne détermine aucun phénomène douloureux tant que durent ces inspirations. (*London med. Record.*)

Des inhalations d'*eau de Cologne*, en la répandant sur un mouchoir qui fut placé sous le nez, ayant réussi après 7 à 10 minutes à endormir profondément deux jeunes filles phthisiques, sans aucune excitation, le docteur Hugues se demande si ce n'est pas là un moyen à essayer, au moins dans certains cas et chez certains individus. Les essences et l'alcool qui composent ce liquide lui paraissent propres à cet effet. Mais il a oublié de faire l'analyse de cette eau de Cologne et de savoir si quelque substance stupéfiante ou narcotique n'entrait pas dans sa composition. C'est donc une expérience à faire. (*Nice méd.*, n° 2.)

Chloroforme. Il semblerait, à certains signes, qu'il perd de ses partisans. Des défections en sont signalées parmi les plus célèbres : M. Pollock, de l'hôpital St-Georges, est devenu l'un des avocats les plus ardents de l'éthérisation; Sir J. Paget écrivait lui-même, en 1875, qu'il avait employé l'éther sulfurique, pendant les deux années précédentes, et la pulvérisation de l'éther ou l'inhalation du gaz hilariant pour les petites opérations; Sir H. Thompson, qui emploie généralement l'anesthésie durant la lithotritie, éthé-

rise maintenant ses patients, en les soumettant préalablement au gaz nitreux. La rapidité et la sécurité de ce procédé, dit-il, comparées avec la chloroformisation, ainsi que l'absence du malaise consécutif, m'ont conduit à faire une règle de l'anesthésie au lieu d'une exception. M. Vulpian lui-même préfère l'éther au chloroforme, dans ses expériences physiologiques sur les animaux. Parlant de la mort subite d'un chien qui était chloroformé pour servir à une expérience pendant sa leçon, il dit que cet accident est si susceptible de se produire avec le chloroforme en pareil cas, qu'il emploie presque toujours l'éther sulfurique dont l'action est beaucoup moins dangereuse et moins traître.

Pour prévenir les accidents de la chloroformisation chez les cardiopathes qui réclament l'anesthésie opératoire, le professeur Occhini, de Rome, les a soumis préalablement aux inhalations d'ammoniaque. Il ne dit pas dans combien de cas il a réussi. (*Clin. di Napoli*, octobre 1875.)

Éthérisation. Employée comme réactif dans de certaines paralysies, contractures, tremblements, elle a déterminé des effets qui peuvent éclairer le diagnostic et le pronostic de ces affections. V. MAL NERVEUX.

Chez trois enfants de cinq à huit ans, le docteur Tripier a vu survenir l'arrêt brusque de la respiration jusqu'à trois reprises différentes, sans qu'il y eût suspension des mouvements du cœur, asphyxie ni cyanose. Une abondante sécrétion de mucosités bronchiques lui a paru être la cause de cet accident. Des expériences faites sur de jeunes chats, pour vérifier cette hypothèse, ont déterminé, en effet, l'arrêt brusque de la respiration, ce qui ne se produirait pas en remplaçant l'éther par le chloroforme. Dans aucun cas, il n'a trouvé à l'autopsie d'écume bronchique. La cause de cet accident de l'éthérisation reste donc inexpliquée, bien qu'il soit prudent à l'avenir de remplacer celle-ci par la chloroformisation. (*Assoc. française* et *Gaz. hebd.*, n° 37.)

Anesthésie locale. En frictionnant, pendant une minute, la région sur laquelle on veut pratiquer une opération superficielle avec la mixture suivante, on obtient momentanément une anesthésie locale complète.

℞ Camphre pulvérisé	10	gram.
Éther sulfurique	20	—

Faites dissoudre.

Anesthésie chez les enfants. *Chloral.* Au lieu de l'injecter dans les veines, M. Bouchut l'administre par la voie gastrique, à la dose de 3 à 4 grammes en une seule fois, chez les enfants qui ont à subir une petite opération : ouverture d'abcès, application de la pâte de Vienne, avulsion d'une dent, etc. L'enfant s'endort un quart d'heure après et l'anesthésie est complète en une heure, de manière à permettre l'opération sans que l'enfant se réveille à peine. (*Bull. de thérap.*)

Ce procédé, mis en pratique à l'hôpital des Enfants, n'est exempt ni d'inconvénients ni de danger pour la pratique civile. En admettant que l'enfant prenne cette haute dose sans difficulté ni dégoût, sans renvois, ni vomissements, ni diarrhée, elle ne saurait également convenir à tous. Elle sera trop forte pour les uns, trop faible pour d'autres. Qui en sera juge, sinon le médecin, et alors, il lui faudra rester près du malade une heure et plus. Autrement, les parents ne sauraient administrer un agent aussi dangereux avec sécurité. Le sommeil prolongé qui s'ensuit peut être trompeur si l'on ne porte pas une attention scrupuleuse sur la température.

On ne saurait donc trop prémunir les praticiens contre ces dangers en appelant leur attention à cet égard comme l'a fait M. Bonnemaison. V. CHLORAL.

Anesthésie par injection intra-veineuse. Malgré l'anathème jeté par les premières Sociétés savantes contre ce mode dangereux d'anesthésie, son inventeur persiste à l'employer ainsi que ses deux adhérents : MM. Deneffe et Van Vetter en Belgique. Un troisième vient même de se déclarer : M. Linhart, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Pola. (*Autriche.*) Il a réussi à anesthésier facilement de cette manière un malade qui avait été très-réfractaire à deux chloroformisations antérieures faites par d'autres chirurgiens. La période d'excitation avait été longue, les vomissements persistant ainsi que le malaise consécutif.

Aucun de ces accidents n'eut lieu avec l'injection intraveineuse d'une solution aqueuse de 7 grammes de chloral. (*Acad. des sc.*, juillet.)

Dix nouveaux succès sont aussi rapportés par les chirurgiens belges, dont 7 leur sont personnels, 2 à M. Oré et le précédent. Le minimum de chloral injecté a été de 4 grammes et le maximum de 10. L'hématurie, déjà signalée, s'est produite dans deux cas, mais sans suite fâcheuse. (*Acad. de méd. de Belgique*, 24 juin.)

Ces nouveaux faits prouvent au moins une chose : c'est que l'on est autorisé à recourir à ce mode d'anesthésie sur les sujets réfractaires ou rebelles aux inhalations et surtout chez les tétaniques et les hydrophobes agités. — V. TÉTANOS.

Croton-chloral. M. Chouppe a obtenu l'anesthésie d'une manière certaine et profonde sur le chien par l'injection du croton-chloral dans les veines. Un gramme dissous dans 20 grammes d'eau distillée, injectés dans la veine crurale gauche, a empêché le vomissement, comme le chloral, le chloroforme, l'éther, malgré l'injection sous-cutanée d'un centigramme d'apomorphine. Il n'y a eu ni nausées ni vomissements qu'après le réveil du chien. L'irritation de la cornée ne provoquait aucun accident réflexe.

Dans un autre cas, une solution de 30 centigrammes de croton-chloral dans 7 grammes d'eau, injectée dans la veine crurale mise à découvert, a amené en deux minutes une anesthésie profonde qui a été portée si loin, par l'injection de nouvelles doses successives, que l'électrisation du bout central du nerf sciatique avec un courant très-puissant n'a produit qu'une très-légère dilatation de la pupille, une sorte d'oscillation.

Il est ainsi démontré qu'à dose moindre d'un tiers environ qu'avec le chloral, l'injection du croton-chloral hydraté détermine une anesthésie aussi profonde. (*Soc. de biol.*, avril et mai.)

Anesthésie du larynx. Dans la pratique des maladies du larynx, on rencontre encore quelques malades dont la sensibilité est si grande qu'elle est au-dessus de l'habileté et de la patience du spécialiste le plus consommé. Il n'est pas rare

non plus d'être tellement pressé par le temps, que l'on ne puisse passer par la série des manœuvres qui amènent le sujet à une tolérance complète. C'est pour ces cas spéciaux que doit être réservée l'anesthésie laryngienne, inventée par Türck et perfectionnée par ses élèves, surtout par Schrœtter. Ce dernier la pratique à sa clinique de Vienne de la manière suivante :

Si l'on doit opérer le lendemain matin, on commence, le soir vers 7 heures, par toucher douze fois de suite la muqueuse laryngienne avec un pinceau trempé dans du chloroforme pur : ces manœuvres ont pour but d'amener une congestion intense de la muqueuse, et de mettre cette membrane dans les conditions les plus favorables à l'absorption. A 8 heures, c'est-à-dire une heure après, on plonge douze fois de suite dans le larynx, un pinceau imbibé d'une solution saturée d'acétate de morphine. Le malade doit se garder d'avaler, et, entre chaque badigeonnage, à titre d'antidote, il doit se rincer la bouche et le gosier avec un gargarisme, composé de :

℞ Tannin	10	gram.
Alcool	15	—
Eau distillée	200	—

Vers minuit, il est bon de rendre une visite au patient, pour s'assurer qu'il n'existe aucun phénomène marqué d'empoisonnement par la morphine. A 7 heures du matin généralement, on trouve le larynx insensible et l'on peut opérer ; s'il persiste un peu de sensibilité, on renouvelle douze fois les badigeonnages, et ainsi de suite toutes les heures jusqu'à ce que l'on ait atteint son but.

Les inconvénients de cette méthode sont la crainte d'un empoisonnement par la morphine, facilement conjuré par un peu de surveillance et par les remèdes connus. Les avantages ont été énumérés ci-dessus, et vraiment il faut avoir assisté à l'une de ces opérations devenues si faciles, chez un sujet reconnu la veille comme tout à fait indocile, pour apprécier l'anesthésie du larynx à sa juste valeur.

ANÉVRYSMES. *Ligature métallique incomplète à fil perdu.* Ce moyen nouveau, proposé par J. Minkiewicz, pour obtenir un rétrécissement permanent de l'artère, ralentir le cours du

sang et provoquer ainsi sa coagulation dans le sac, n'a pas d'autre base que le raisonnement. La conséquence de la ligature incomplète, dit-il, est le rétrécissement du calibre de l'artère à son endroit même, au-dessus et au-dessous, et, par suite, la rapidité du courant sanguin est diminuée dans le vaisseau et dans les organes qu'il dessert. Il s'en est assuré par quatorze expériences sur la carotide de chiens, boucs et béliers, en mesurant le calibre du vaisseau au compas avant et après la ligature. Il emploie, à cet effet, le fil métallique comme moins irritant que les autres et le coupe au ras du nœud en l'abandonnant dans la plaie. La lumière était réduite à la moitié ou au tiers. Aucun trouble de la circulation n'en résultait, mais les parois artérielles furent trouvées épaissies notablement, du pus se forma même et deux fois l'artère fut coupée.

Ces résultats ne sont donc pas de nature à faire essayer ce moyen sur l'homme dans les anévrysmes les moins accessibles aux moyens chirurgicaux auxquels l'auteur le destine particulièrement. Rien n'en indique le succès et les accidents sont fort à redouter. Il est probable que c'est là un mort-né. (*Archiv für pathol. anat. und physiol.*, 1875.)

Dix a imaginé, il y a dix ans, un moyen plus rationnel de remplacer la ligature dans les lésions artérielles : c'est la *compression du vaisseau avec un fil métallique*. Voici comment il l'a appliqué avec succès dans deux cas d'anévrysmes.

L'artère mise à nu, il passe dessous un fil métallique avec l'aiguille à anévrysme. Chaque extrémité étant ensuite armée d'une aiguille, il les conduit à travers les tissus sur les côtés de la plaie, de manière à écarter les fils d'un demi-pouce l'un de l'autre. Entre eux, il place un morceau de liége sur l'artère et il tord les deux fils au-dessus, de manière à ne pas interrompre complétement la circulation du vaisseau.

Dans ces deux cas, un filet de sang ayant continué à passer dans le sac anévrysmal pendant trois jours, il s'arrêta le quatrième, et, vingt-quatre après, le sac était solidifié. Le fil est enlevé du sixième au septième jour.

Cette méthode aurait l'avantage de diminuer, sinon d'annihiler le danger de la gangrène et de favoriser la circulation collatérale. Le fil métallique n'agit pas comme corps

étranger dans la plaie, n'en provoque pas la suppuration n'altère pas la tonicité de l'artère dont le canal reste intact ; il éloigne le danger d'une hémorrhagie et est applicable à toutes les artères. Elle est ainsi préférable à la précédente.

Compression directe. A l'exemple des Anglais qui la pratiquent énergiquement et totalement, le docteur Caselli a réussi à guérir ainsi un anévrysme d'origine traumatique, situé au tiers moyen de la cuisse. Tous les moyens ordinaires ayant été inutilement employés, pendant deux mois et demi, M. Caselli s'aperçut qu'en prenant la tumeur dans ses mains, en la soulevant, en la tournant légèrement sur son axe, les battements cessaient. Il lui imprima dès lors un quart de cercle sur son axe et plaça le sac entre deux petites attelles de bois convenablement garnies de linge, les inclina et les fixa pendant trois jours. La lumière des vaisseaux afférents étant bouchée ainsi et l'afflux du sang intercepté, l'anévrysme fut guéri du coup. C'est donc une indication pour les cas analogues. (*Soc. de chir.*, août, et *Sopra un speciale metodo curativo di alcuni aneurismi externi,* brochure en italien, Bologne.)

Compression digitale et flexion. Une histoire résumée de cette nouvelle méthode, avec ses indications, ses procédés, ses résultats, et une nouvelle statistique de ses applications en Allemagne, faite par le docteur Fischer, a été traduite en français comme pour offrir un memento historique de tous les renseignements sur ce sujet. (*Arch. de méd.*, juillet, septembre, octobre et novembre.)

Compression élastique. Le succès du docteur Walter Reid obtenu par ce moyen contre un anévrysme poplité (voy. *année* 1875), a été confirmé par la mort même du marin opéré, dont la santé s'est altérée par un dur service sous les tropiques. Une toux persistante, accompagnée d'accès de dyspnée, l'ayant fait revenir à l'hôpital de Plymouth, le 3 juin dernier, il y succomba, le 7, à une hypertrophie du cœur compliquée de bronchite, d'épanchement pleurétique et de cirrhose. Aucun anévrysme interne ne fut observé ni d'altération des parois des gros vaisseaux.

La tumeur du creux poplité était réduite au volume

d'une petite noisette, au lieu de celui d'un œuf de poule qu'elle avait auparavant. Du tissu fibreux rendait l'artère imperméable dans une étendue de 2 pouces 1/2, tandis que la veine poplitée était entièrement perméable. Des collatérales nombreuses existaient au-dessus et au-dessous de l'anévrysme. Une section longitudinale de la tumeur montra un sac bien limité, plus épais en dedans qu'en dehors. Une substance amorphe, couleur de café, de la consistance du fromage, se trouvait au centre sans organisation ni vascularisation apparente. La circonférence de la cavité était occupée par des couches fibrineuses, laminées, séparées partiellement les unes des autres en se rapprochant vers le centre. La substance amorphe qui les sépare n'est rien plus que les restes d'un caillot sanguin ordinaire qui s'est réduit sous l'influence de la compression, les couches fibrineuses étant probablement dues aux tentatives de compression faites avant la guérison, comme la mollesse du caillot intermédiaire le donnait à penser, en représentant la partie la plus fluide du sang.

Il semble bien démontré que la guérison de l'anévrysme a eu lieu par la rapide coagulation ou la mort du sang, sous l'influence de sa stagnation complète dans le sac. On peut ainsi espérer que l'action de ce moyen sera bientôt déterminée pour savoir si le succès qui peut suivre ses applications sera seulement considéré comme une rareté ou s'il est destiné à révolutionner le traitement chirurgical des anévrysmes, en permettant de traiter cette maladie, dans certains cas, avec la régularité et la précision d'une expérience physique. (*Lancet*, nº 6, août.)

Injections de perchlorure de fer. Elles sont applicables dans les cas où l'artère peut être étroitement comprimée au-dessus et au-dessous du sac. On doit préalablement exercer la compression digitale, pendant quelques jours, afin de faciliter la formation des caillots et s'assurer que le sang ne revient pas dans la tumeur par des artères collatérales.

Elles ont été ainsi employées par M. Denucé dans une tumeur pulsatile, avec bruit de souffle, du volume d'une noisette, sur le coude-pied, et contre laquelle la compression prolongée restait inefficace. 5 à 7 gouttes d'une solution à

15° furent injectées pendant la compression au-dessus et au-dessous. Des crampes dans les orteils et une douleur dans le pied en résultèrent, sans doute par le passage d'un caillot dans la pédieuse. Un onyxis du gros orteil succéda à la guérison. (*Soc. de chir.*, 1875.)

Contre une tumeur grosse comme une amande, dans la paume de la main, chez un horloger, suite de la blessure faite douze ans auparavant avec un ressort de montre, M. Verneuil la circonscrivit par la pression de l'anneau d'une clé. Il injecta neuf gouttes d'une solution de perchlorure de fer à 30° avec *àà* d'eau distillée : 10 grammes et 2 grammes de chlorure de sodium. Cette compression fut prolongée pendant un quart d'heure et une demi-heure ensuite sur les deux artères de l'avant-bras. Une douleur vive fut ressentie en levant la compression. (*Idem.*)

Les embolies et les morts arrivées sans cette compression ne doivent pas la faire négliger.

Anévrysmes thoraciques. Ils peuvent être simulés par la situation anormale, le déplacement des gros vaisseaux et notamment les déviations de l'aorte. On rencontre celles-ci surtout chez les rachitiques avec scoliose prononcée et déformation considérable du thorax. Ces difformités doivent suffire à se tenir sur la réserve. Mais ces déviations aortiques peuvent aussi coïncider avec une conformation presque normale de la poitrine. Chez un cordonnier de trente-cinq ans, dont le thorax était bombé à droite et aplati à gauche, il y avait douleur fixe à la région sternale avec dyspnée et hémoptysies. Le cœur battait dans le 5ᵉ espace intercostal avec large ondulation thoracique à sa base; soulèvement des gros vaisseaux du cou à chaque systole ventriculaire et pulsations aortiques perceptibles au niveau du 2ᵉ espace intercostal droit et de la fourchette sternale avec matité de cette région. Souffle diastolique cardiaque et double souffle aortique, le premier rude et le second plus doux et filé avec propagation aux vaisseaux du cou. Pouls à 86, fort et bondissant.

On pouvait donc croire à un anévrysme sacciforme de l'aorte. Le docteur Balfour ne vit là qu'un déplacement des deux poumons causé par le rachitisme. Le cœur s'était ainsi porté à droite vers le sternum, ce qui exagérait la

courbure aortique et donnait lieu à l'impulsion anévrysmatique. Les autres signes furent mis sur le compte d'une insuffisance aortique avec dilatation uniforme.

Chez une femme de quarante-six ans, présentant aussi une scoliose considérable de la région dorsale avec voussure thoracique du côté droit et aplatissement du côté gauche, il y avait également des battements aortiques très-appréciables dans les trois premiers espaces intercostaux du côté droit avec maximum dans le 2e espace et mouvements vibratoires à ce niveau. Tumeur pulsatile à la partie inférieure du cou, dilatation visible des deux artères sous-clavières. Matité cardiaque s'étendant à droite du sternum de la 2e à la 4e côte, dans un espace de six centimètres au moins. Bruits du cœur purs dans la région cardiaque, mais moins nets en se rapprochant de l'aorte. Souffle systolique au niveau de la tumeur pulsatile avec murmure diastolique doux.

Le déplacement du cœur et de l'aorte par le fait du rachitisme suffisait encore ici à expliquer tout cet ensemble de signes morbides. L'autopsie montra que le cœur était remonté et l'aorte déjetée en dehors et à droite. Le tronc brachio-céphalique, considérablement dilaté, formait une saillie à la base du cou, l'aorte était un peu dilatée à sa base et les valvules sigmoïdes légèrement insuffisantes.

Les battements de l'aorte dans un espace intercostal, lorsque la poitrine est déformée, ne sont pas toujours un signe d'anévrysme, même quand la pulsation a lieu sur le trajet de l'aorte. L'absence de bruit anormal au niveau de la crosse suffit à l'indiquer; un ou deux souffles n'en prouvent même pas l'existence, car toute gêne dans le cours du sang d'un gros vaisseau peut donner lieu à des murmures analogues. Une circonscription exacte et plus étendue de la matité, son siége, ainsi que des signes de compression des organes contenus dans le médiastin antérieur, peuvent seuls indiquer un anévrysme sacciforme. (*Edinburgh med. journal*, juillet 1875.)

Anévrysmes aortiques. *Étiologie syphilitique.* Les maladies du cœur et les anévrysmes sont si fréquents dans l'armée anglaise, comparativement à la population civile, que plusieurs médecins en ont recherché la cause. Attribuée

par les uns à la compression produite par l'uniforme, elle a été rapportée à des causes internes par d'autres. L'analyse de trente-quatre cas d'anévrysmes de l'aorte avec autopsie a conduit M. Francis Welch, professeur adjoint de pathologie à l'École militaire de Netley, à conclure à l'influence prédominante de la syphilis. L'âge des victimes était de trente-deux ans en moyenne, après douze ans de service et environ treize mois de maladie. Le climat, la station, l'occupation, l'âge et la constitution étant exclus de cette étiologie, il a trouvé que la moitié des individus, examinés à la nécropsie, étaient saturés du virus syphilitique se manifestant par des accidents primitifs, suivis d'éruption cutanée, d'affections glandulaires et de nodules périostiques. Des ganglions indurés, des nodules du crâne et souvent de la cirrhose, des gommes du testicule, furent constatés à l'autopsie. Une mort rapide causée par l'anévrysme avait souvent empêché l'apparition d'autres accidents consécutifs et l'absence de lésions étrangères obligeaient ainsi à en rapporter la formation à la syphilis. En se combinant avec la diathèse rhumatismale et l'alcoolisme dans d'autres cas, cette cause n'était que probable.

Les lésions anatomo-pathologiques confirment cette interprétation suivant l'auteur, car, en dehors des simples taches ou de la dégénérescence graisseuse de la paroi interne du vaisseau, il y a une lésion active, une endartérite proliférante ayant pour terme la formation du sac anévrysmal. Ces deux formes, confondues sous le nom d'athérôme, ont une cause et des effets différents. Tandis que les simples taches artérielles coïncident avec des maladies longues, de nature différente et un affaiblissement de la vitalité organique, le développement de l'endartérite active des membranes interne et moyenne coïncide le plus souvent avec la syphilis et parfois avec le rhumatisme et l'alcoolisme comme causes.

Pour établir cette nouvelle doctrine sur des bases positives, M. Welch dresse un tableau de cent dix-sept cas de ces diverses lésions de prolifération active et de passive dégénérescence de l'aorte, et établit que 46,1 fois sur 100 les sujets étaient manifestement syphilitiques, sans en compter quelques autres où cette cause était moins évidente. La phthisie ou des affections cardiaques existaient dans les

autres cas; en outre, dans cinquante-six cas de syphilis mortelle avec des lésions spécifiques, des nodules existaient sur l'aorte dans plus de la moitié des cas et, dix-huit fois, ce vaisseau était même déjà arrivé à une dilatation plus ou moins prononcée, c'est-à-dire dans la période de la formation de l'anévrysme.

Examiné sous un point de vue opposé, ce sujet a donné des résultats concordants et confirmatifs. Sur cent six autopsies de sujets exempts de syphilis d'après les antécédents et l'autopsie même, il n'y avait que cinq cas d'anévrysme de l'aorte qui se rapportaient au rhumatisme ou à l'intempérance.

D'où il conclut que le virus syphilitique doit être regardé comme une cause puissante de l'anévrysme aortique, bien plus fréquente que le rhumatisme et l'alcool. La compression du thorax par l'uniforme, en rendant ces causes d'autant plus actives, explique sa plus grande fréquence dans l'armée.

Mais l'accumulation de ces preuves anatomiques n'a pas empêché une opposition énergique de s'élever contre cette étiologie. Impossible de conclure à l'existence de la syphilis constitutionnelle d'après les bulletins, dit M. Douglas Powell; si l'aorte était si précisément atteinte par ce virus, ajoute M. Myers, les observateurs l'auraient signalé. Les lésions locales n'ont rien de spécifique, suivant M. W. Gull. Cette nouvelle doctrine a donc été fort mal accueillie, mais il reste à vérifier si les faits avancés par son auteur sont exacts. (*Roy. med. and chir. Society*, 23 novembre 1875.)

Anévrysme de la crosse de l'aorte. *Guérison spontanée.* En formant un obstacle au passage du sang dans les artères collatérales, cet anévrysme peut guérir par le même procédé que par la ligature de la carotide. Le docteur Greenhow l'a constaté chez une femme de quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital dans un état d'asphyxie avec pouls à 130. Le côté gauche du thorax, œdématié et plus large qu'à droite, ne se dilate pas et donne une matité générale. La malade s'y tient couchée et étouffe du côté opposé. Le cœur est à droite et le pouls est nul dans le bras gauche. Toux fréquente avec crachats abondants muco-purulents.

Deux ponctions ne donnent aucun résultat. Un abcès se

forme au-dessous de la mamelle gauche, on l'ouvre et la malade meurt. 3 pintes de pus sont retirées de cet abcès qui communiquait avec la plèvre gauche par le troisième espace intercostal.

Un anévrysme existait entre les artères sous-clavières et carotides gauches mesurant 28 centimètres de droite à gauche et 25 d'avant en arrière. Une masse de fibrine décolorée et lamelleuse le remplissait presque en entier et oblitérait ainsi la carotide gauche, à deux centimètres à gauche envahis par la paroi de l'anévrysme. La sous-clavière gauche, à 8 centimètres de la carotide, était également oblitérée et admettait à peine une soie. Le sang ne passant pas par ces deux grands vaisseaux, pendant la vie, a favorisé ainsi le coagulum lamelleux trouvé dans le sac, de même qu'il a lieu après la ligature de ces vaisseaux. Ce cas justifie donc cette méthode de traitement dont quelques succès ont été obtenus.

M. Holmes l'a ainsi employée à l'hôpital Saint-Georges, chez une femme de vingt-et-un ans, portant un anévrysme volumineux à la portion terminale de la crosse de l'aorte avec souffle et thrill très-marqués sur les deux espaces intercostaux supérieurs. Pouls imperceptible au bras gauche, battements normaux dans les deux carotides. Hémoptysies et évanouissements.

Après avoir soumis la malade au repos absolu avec diète forcée pendant plusieurs mois, sans un soulagement marqué, M. Holmes lia la carotide gauche qui amena, dès le deuxième jour, une diminution de l'étendue et la force du thrill en continuant ainsi pendant un mois. De convexe, le premier espace intercostal devient concave. La respiration est plus facile par la diminution de la tumeur et de la compression qu'elle exerçait sur les voies respiratoires.

D'après l'auteur, la progression de l'anévrysme vers le cou est une indication de lier la carotide. Cette opération en a arrêté les progrès, dans le cas précédent, par l'obstruction du sac dans la partie correspondante à l'artère ligaturée par la formation du coagulum dans tout l'intervalle. Mais on ne doit opérer qu'après avoir employé le repos et la diète forcée. (*Med. Times.*)

Simulation d'une pleurésie gauche. Un camionneur de trente-

huit ans, très-robuste, ressent brusquement, le 14 août, en marchant à côté de son camion, un point de côlé gauche si violent et une dyspnée si intense qu'il tombe au milieu de la rue. Entré à l'hôpital, le 29 août suivant, il n'accuse plus de point de côté, mais l'oppression persiste. M. Soulier constate 40 inspirations et 104 pulsations, toux très-légère avec de rares crachats blancs muqueux. Anoxerie, soif, selles régulières. A gauche du thorax, abolition des vibrations; matité fémorale dans toute l'étendue du côté et absence du murmure vésiculaire; souffle doux, léger en arrière et en haut. Voix aphone, retentissante, pas de différence de la voix haute avec le côté opposé. Pas de déviation du cœur, battements normaux; aucune ampliation thoracique.

En présence de ces signes, sauf les deux derniers, un épanchement est diagnostiqué. On y oppose les moyens ordinaires, lorsqu'une hémoptysie assez abondante a lieu, le 2 septembre. Aucune amélioration ne se manifestant, on propose même la thoracentèse à deux reprises, laquelle est heureusement refusée par le malade. Une hémoptysie foudroyante et mortelle a lieu, en effet, le 9 septembre, qui permet de découvrir les lésions suivantes.

A l'endroit où l'aorte croise la bronche gauche, il existe dans celle-ci un orifice ovalaire de 15 millimètres de long sur 12 de large. C'est l'ouverture d'un petit anévrysme sacciforme, de la grosseur d'une noix, dont l'orifice est du côté de l'aorte, et dont le fond comprimait ou oblitérait la bronche. De là, l'hémorrhagie foudroyante.

La brusque oppression du début et le point de côté s'expliquent par l'affaissement de la bronche cédant à la pression de l'anévrysme. Une infiltration sanguine du poumon en résulte, d'où la matité et la surface noirâtre, dure, analogue à celle de la rate, trouvée à l'autopsie. Un caillot se forme qui oblitère imparfaitement l'ouverture. Enfin, celle-ci s'ouvre à deux reprises et détermine la mort. (*Soc. des sci. méd. de Lyon*, octobre.) Ce fait est d'un grand enseignement pour ne pas pratiquer la thoracentèse quand tous les signes réunis n'en autorisent pas l'exécution.

Rapports avec la phthisie. — V. PHTHISIE CASÉEUSE.

Diabète insipide. Il s'est montré dans deux cas d'anévrysmes de la crosse de l'aorte, observés par le docteur Ralfe, à l'hôpital des *Seamen.* L'un était un matelot de quarante-sept ans, admis le 5 août 1875. Accès intenses et fréquents de douleurs cardiaques. Pulsation marquée au-dessus de la clavicule gauche. Pouls radial gauche plus petit et faible qu'à droite.

Le malade ayant demandé un surplus de lait pour satisfaire sa soif, les urines furent examinées. La quantité émise était de 116 *ounces* en moyenne par jour, le poids du malade étant de 157 livres. Elle ne tomba pas au-dessous de 99 onces de septembre à janvier. Sa gravité spécifique variait de 1009 à 1013 sans sucre ni albumine. L'urée variait de 32 gr. 4 à 45, 9, et l'acide phosphorique de 2 gr. 3 à 2, 4. L'augmentation de la tumeur anévrysmale et de ses battements à gauche n'a pas augmenté les accès, mais la voix est altérée, la face œdématiée à gauche et le pouls radial presque nul.

L'autre était un matelot de cinquante-six ans, admis le 26 janvier avec les mêmes symptômes que le précédent. Pouls radial presque nul à gauche, difficulté d'avaler. Il n'a pas de soif exagérée, son poids est de 128 livres. Son urine, de 2400 centimètres cubes, le 15 février (83 onces environ), avait une gravité de 1014 et contenait 30 grammes d'urée et 1 gr. 6 d'acide phosphorique.

Si la pression du pneumogastrique gauche par la tumeur anévrysmale n'a pu être vérifiée jusqu'ici par l'autopsie, elle est du moins rendue très-probable par le volume de ces tumeurs. Et comme l'irritation expérimentale du nerf vague chez les animaux produit la polyurie, il est logique de la rapporter ici à celle du pneumogastrique gauche par la tumeur de la crosse de l'aorte qu'il croise antérieurement.

Quoi qu'il en soit, la quantité presque double de l'urine émise dans ces deux cas mérite d'en rechercher la cause. Cette coïncidence ne peut être accidentelle et doit se retrouver dans les cas semblables. Il ne s'agit que de la rechercher. (*Lancet*, n° 9, février.)

Anévrysme de la sous-clavière gauche. *Compression directe.* Employée par M. Gill au dispensaire de Leeds chez

une blanchisseuse de trente-huit ans, le 2 janvier 1875. Trois ans auparavant, l'application de la galvano-puncture avait d'abord diminué les battements de la tumeur, mais celle-ci ne tarda pas à s'élever avec douleurs dans l'épaule et le bras ; l'état général déclinait. La zone des pulsations s'étendait du centre de la clavicule jusqu'à 3 centimètres au-dessus et 7 en dehors. Le bord interne de la tumeur était perçu au-dessus de la clavicule, s'étendant en dehors sous le sterno-cleïdo mastoïdien et jusque vers l'aisselle où elle se perdait.

Une incision de cinq centimètres partant du sternum en suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, suivie d'une autre de même longueur le long de la clavicule, permit de découvrir le champ opératoire. Le doigt remplaça bientôt le bistouri pour explorer les parties de haut en bas et découvrir la sous-clavière sur la première partie de son trajet. En suivant le scalène, M. Gill espérait la trouver au niveau de la première côte, mais aucune pulsation n'était perçue dans ce point. Le vaisseau était déplacé et il fallut successivement explorer tous les vaisseaux avoisinants et jusqu'à la plèvre sous laquelle il perçut des pulsations. Une aiguille courbe de Gibson perfora donc la séreuse pour accrocher et exposer le vaisseau dont la pression arrêta immédiatement les battements de l'anévrysme. Une pince fabriquée exprès pour exercer la compression du vaisseau s'étant trouvée trop courte, une pince à torsion ordinaire la remplaça et ne fut enlevée qu'à minuit, à cause de l'entrée de l'air dans la plèvre et la faiblesse extrême de l'opérée. C'est donc là une application nouvelle de la *forcipressure* aux anévrysmes. (Voy. *année* 1875.)

La tumeur était dure et ne présentait aucun battement, non plus que dans la radiale du même côté. Vers le soir du lendemain seulement, des pulsations légères furent perçues au-dessus de la clavicule et au poignet, mais pour disparaître vingt-quatre heures après. Une amélioration sensible se manifestait, dès le troisième jour, lorsqu'un point de côté se déclara, le 7 janvier, avec toux fatigante et expectoration d'écume bronchique abondante. Mort le lendemain sans que l'autopsie ait pu être faite. Une ouverture faite par la désarticulation sternale de la clavicule et de la première côte permit seulement l'issue d'un demi-litre de

sérosité de la plèvre par l'ouverture accidentelle faite par l'aiguille et la pince. L'artère découverte, comprimée avant l'origine de la vertébrale, était dans un parfait état de conservation à ce point. L'anévrysme, dur et résistant, était volumineux, fusiforme et s'étendait depuis un demi-centimètre de l'axe thyroïdien jusqu'à 9 centimètres environ en dehors. (*Medico-chirurg. transactions.*)

La ligature de la sous-clavière gauche pratiquée une seule fois par Rodgers étant regardée comme impraticable et l'opéré étant mort d'hémorrhagie consécutive le quinzième jour, de même que 9 fois sur 10 dans les ligatures à droite, M. Gill pensa éviter cette issue fatale en exerçant seulement une pression directe sur l'artère, pendant douze heures ou plus, de manière à obtenir la coagulation du sang dans la tumeur. Des succès de cette méthode existent dans la science, il était bien permis de la tenter ici. Le déplacement du vaisseau nécessita malheureusement la perforation de la plèvre et l'auteur voit là la cause de son insuccès; mais il semble plus vraisemblable de l'attribuer au traumatisme étendu, dans une pareille région, d'après les détails mêmes de l'observation. (*Arch. de méd.*, février.)

Anévrysmes de la carotide interne chez les aliénés. — Voy. Aliénation mentale.

Anévrysme du pharynx. Chez une femme de soixante-treize ans, qui se plaignait d'une légère difficulté en avalant, M. John Barnes découvrit, à l'examen du gosier, une petite tumeur pulsative sur la paroi postérieure du pharynx entre la ligne moyenne et le pilier droit. Elle a un pouce environ de long et la moitié de large, la partie supérieure correspondant au bord inférieur du voile du palais. Les battements de cette tumeur sont arrêtés entièrement par une pression modérée de la carotide externe. La difficulté de prendre un point d'appui solide sur la carotide primitive empêche seule de les arrêter également par la compression de ce vaisseau.

Si des cas d'anévrysme de la carotide interne, faisant saillie dans cette partie, ont été rapportés par Porter et Syme, il n'est pas admissible qu'il en soit de même ici en raison de la suspension des battements par la compression de la caro-

tide externe. Il est probable que c'est plutôt un anévrysme de la branche pharyngienne ascendante de cette artère, à moins de soutenir que la compression se transmet ainsi à travers les tissus sur la carotide interne; mais sa profondeur et la compression légère nécessaire pour l'arrêt des battements contredisent cette supposition. Il n'y a d'ailleurs aucun signe de compression : les pupilles sont égales, la voix naturelle, pas de dyspnée. L'unique signe est une gêne légère en avalant. Aucune trace d'anévrysme ailleurs.

Considérant l'âge de la malade et le lent accroissement de la tumeur, pendant les trois derniers mois, M. Barnes n'a tenté aucun moyen pour la guérison. (*Lancet*, 30 octobre 1875.)

Anévrysmes miliaires de l'estomac. *Hématémèse.* De même que M. Liouville a rencontré et parfaitement décrit cette variété d'anévrysmes, M. Gallard les a trouvés sur la muqueuse stomacale dans deux cas d'hématémèse qu'aucun accident ne permettait de rattacher à une maladie quelconque de l'estomac. Le diagnostic restait incertain. Une ulcération très-petite près de la petite courbure et ailleurs, résultant de dilatations artérielles miliaires, en rendit compte. Personne n'avait encore indiqué leur rupture comme cause d'hématémèse. M. Liouville les a constatés assez fréquemment, dans les autres principaux viscères, comme cause d'hémorrhagie; mais leur petit volume et souvent leur situation en rendent la recherche très-difficile et souvent vaine. (*Assoc. française.*)

Cette cause rendrait ainsi compte d'hémorrhagies, parfois considérables, de l'estomac, des poumons ou d'autres organes, et qui restent sans suite funeste.

Anévrysme de l'iliaque externe. *Ligature.* Un homme de trente-cinq ans, alcoolique, éprouve une vive douleur dans l'aîne gauche en soulevant un fardeau. Immédiatement une tumeur, comme un œuf de pigeon, apparaît avec battements au-dessous de l'arcade de Fallope. Elle augmente avec douleurs et a acquis le volume du poing à l'entrée à l'hôpital, quarante jours environ après l'accident. Elle a un lobe fémoral et un lobe iliaque remontant à 6 ou 7 centimètres au-dessus du ligament de Poupart, à

parois souples et minces, donnant des battements énergiques, un souffle intense, presque rapeux à l'auscultation, et un thrill bien caractérisé au toucher.

La douleur produite par la compression rend celle-ci intolérable. Le 3 août, M. Fochier pratique l'incision d'Abernethy. La saillie supérieure de l'anévrysme l'empêche de voir l'iliaque externe, mais, en insinuant le doigt entre elle et la veine, il parvint à la charger sur l'aiguille de Deschamps. Et considérant que l'anévrysme devait être sacciforme en raison de son développement par rupture des tuniques internes, il crut pouvoir placer la ligature avec sécurité immédiatement au-dessus de l'orifice comme étant assez éloigné de la lésion artérielle. Il s'assura dès lors de la bifurcation de l'iliaque primitive en décollant le péritoine et la trouva à 3 centimètres au-dessus. La distance était suffisante malgré le voisinage de la naissance de l'hypogastrique. La dureté athéromateuse de la fémorale militait en faveur de cette opération. Elle fut faite et réussit si bien que, plus d'un an après, l'opéré avait repris son travail. La circulation rétablie était un peu moins active que du côté opposé et la température plus faible, mais sans trace de la tumeur anévrysmale. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, octobre 1875.)

La différence de gravité de la ligature de l'iliaque externe ou de l'iliaque primitive rend cette observation très-intéressante. Tandis que, d'après Stephen Smith, celle-ci donne 78 0/0 de mortalité, celle-là, d'après 118 faits collectés par Norris, ne donne que 28 pour 100. Il s'agit donc de la pratiquer de préférence toutes les fois que cela est possible et, sous ce rapport, cette observation offre d'utiles indications. (*Soc. de chir.*, 19 avril.)

ANGINES. *Gargarisme quininé.* Admettant comme établi que la quinine est un poison du protoplasma et limite ainsi le nombre et les mouvements des globules blancs et des cellules de pus, prévient leurs migrations pathologiques dans les organes membraneux et parenchymateux exposés à l'air, qu'elle resserre les vaisseaux sanguins et détruit ou paralyse les microzymas, le docteur Brakenridge emploie cet alcaloïde dans les angines diphthéritiques et pultacées et toutes les affections inflammatoires de la

gorge accompagnées d'exsudations membraneuses et d'ulcérations.

Les espérances qu'avait fait concevoir la théorie ont été réalisées dans la pratique. A la dose de 40 centigrammes de sulfate de quinine par 100 grammes d'eau, les ulcères simples de la gorge se modifient rapidement; les ulcères syphilitiques ont été également traités avec succès, le traitement local étant toujours accompagné du traitement général. La quinine a donné d'excellents résultats dans les angines de la scarlatine; elle arrête la sécrétion pultacée et diminue le gonflement inflammatoire, mais c'est surtout dans les angines diphthéritiques que la quinine a réussi; dans trois cas, elle a prévenu l'extension de la maladie en faveur de la séparation et de l'expulsion de l'exsudation membraneuse. (*The Practionner.*)

Angine granuleuse. Elle peut déterminer un rétrécissement spasmodique de l'œsophage au contact des aliments. Horace Green rapporte ainsi, dans son *Traité des maladies des voies aériennes* (New-York, 1858), trois observations de rétrécissement apparent de l'œsophage occasionné chez les femmes par des granulations du pharynx et de l'œsophage. Sommerbrodt en rapporte un quatrième chez une fille de vingt-un ans, guérie par le topique de Mandl après l'insuccès du soufre et du nitrate d'argent.

Voici la formule de ce topique :

℞ Iode pure	} ÂÂ	1 gramme.
Acide phénique		
Iodure de potassium	2	—
Glycérine	100	—
M.		

En badigeonner les surfaces granuleuses après avoir scarifié les granulations les plus volumineuses. Sur 168 malades traités par une application journalière de ce topique, pendant deux à cinq semaines, la plupart étaient guéris. (*Berlin. Klin. Wochens.*, 1875.) — Voy. Œdème de la glotte.

ANKYLOSES. — Voy. Ostéotomie.

ARMÉE. L'urgence des progrès hygiéniques et des réformes à accomplir en France pour la santé du soldat res-

sort très-bien d'un modeste travail du docteur Gzernicki : *l'Année médicale d'un régiment de cavalerie* du 1er juillet 1874 au 1er juillet 1875. Composé de quatre escadrons, ce régiment a fourni 1,333 malades dont : 70 à l'hôpital, 241 à l'infirmerie et 1,022 à la chambre. 9,596 journées de traitement en ont été la conséquence et c'est à montrer l'origine des maladies ou des lésions qui y ont donné lieu que l'auteur s'est astreint pour en faire découler les réformes à accomplir.

Les causes atmosphériques et telluriques n'ont déterminé que 395 cas de maladies : refroidissements et toutes ses conséquences immédiates, diarrhée saisonnière, fièvres intermittentes, ayant occasionné 1,366 journées de traitement.

Les causes professionnelles, au contraire, comme le coucher en commun, la nourriture, l'habillement, la chaussure et l'exercice du cheval en particulier, en ont déterminé 453 cas ayant entraîné 3,200 journées d'indisponibilité, plus du double des premières. Tels sont 204 cas d'embarras gastrique, — 814 journées d'indisponibilité — résultant de la vie en commun dans des locaux trop étroits, d'une nourriture uniforme prise sans aucune commodité. Il résulte surtout de l'empoisonnement de l'homme sain par l'homme sain dans un air confiné. C'est ainsi qu'en pénétrant dans une chambre de quartier, vers les deux heures du matin, on y trouve un air chaud, nauséabond, qui est l'atmosphère normale de la chambrée. L'aération plus facile, en été, le rend beaucoup moins fréquent qu'en hiver où les fenêtres sont tenues fermées. Les soldats vivant au grand air en sont presque totalement exempts. De là l'indication des baraquements et d'une aération plus grande des chambrées.

43 hommes obligés d'interrompre leur service pour des ampoules, abcès, phlegmons, résultant de la chaussure, ont causé 425 journées d'exemption. Des phlegmons du scrotum ou du périnée, résultant d'une saillie trop forte de la couture du pantalon formant l'enfourchure, en ont produit 573 ; il y a donc encore de ce chef des améliorations à opérer.

225 cas de lésions traumatiques produites par l'usage du cheval et 218 furoncles ou affections cutanées qui en sont la conséquence, autant que de la malpropreté des hommes, du défaut de bains ou d'ablutions, ont encore amené de

nombreuses journées d'indisponibilité. S'il n'y a pas moyen de diminuer les premières, on pourrait du moins atténuer beaucoup les secondes en favorisant la propreté du soldat. C'est ainsi que les furoncles sont bien plus rares en été qu'en hiver, lorsque les hommes sont conduits aux bains.

Les maladies épidémiques comme l'angine diphthéritique, la grippe, les oreillons, la fièvre typhoïde et les affections vénériennes, dont la plupart résultent encore de l'encombrement, de l'alimentation et de la vie militaire, ont atteint 101 sujets et causé 1,571 journées de traitement. C'est donc manifestement à la profession qu'il faut attribuer le plus grand nombre de cas de maladies et d'indisponibilité et ce serait ainsi une véritable économie pour l'armée que d'améliorer les différentes causes qui y donnent lieu. (*Recueil de mémoires de méd. milit.*, janvier.)

Les principales réformes à opérer dans le casernement pour purifier l'air sont, suivant M. Aronssohn, le remplacement des planchers qui s'imbibent, s'incrustent de tous les immondices, par un carrelage en faïence vernissée à joints bitumés qu'il serait facile de nettoyer tous les jours, matin et soir, en y passant un faubert humide. Au lieu d'être simplement crépies à la chaux, les murailles seraient stuquées et peintes à l'huile, ce qui permettrait également de les laver. La plus grande propreté régnerait ainsi dans les chambrées, surtout en en défendant l'accès pendant le jour, car il propose, en même temps, d'établir une salle, au-dessus des cuisines, munie de tables, où les soldats feraient leurs repas et pourraient se tenir plus commodément la journée, lorsqu'ils ne sont pas occupés au dehors. (*Idem*, mai.)

A Report of the hygiene of the United States army, with description of military posts (Rapport au chirurgien général Barnes, sur l'hygiène de l'armée des États-Unis avec les statistiques, la description topographique et les plans des postes militaires à l'appui), par J. S. Billings, chirurgien adjoint. Un vol. in-4° de 627 pages, avec cartes et plans. Washington, 1875.

Ce magnifique ouvrage, publié par le ministère de la guerre, contient les rapports détaillés et circonstanciés sur

les 238 postes militaires disséminés sur la vaste étendue du territoire de l'Union, divisée à cet effet en sept départements : Texas, Missouri, le Plateau, Dakota, Colombie, Californie et Arizona. Pour tous ces postes, qui sont des forts, des baraquements ou de simples stations, on trouve la situation géographique et topographique, l'histoire, la description des bâtiments et souvent même leur plan. La météorologie, les ressources alimentaires, les maladies régnantes avec la mortalité sont ensuite établies statistiquement.

C'est par la synthèse de ces nombreux rapports que l'auteur montre d'abord que, malgré un choix sévère du soldat, la proportion de mortalité, établie sur quatre années consécutives, est beaucoup plus grande dans l'armée que dans la population civile, blanche comme noire, parmi les hommes de vingt à quarante ans. Il en infère naturellement que ses conditions sanitaires ne sont pas satisfaisantes. Aussi insiste-t-il sur les réformes à apporter dans l'alimentation du soldat, son vêtement, son coucher, son logement, les bains, la propreté. La réduction de l'armée active a permis non-seulement d'être plus sévère dans le choix des recrues, mais aussi de les placer dans de meilleures conditions d'aération dans leurs postes, où ils sont moins encombrés. La ration a été augmentée et variée suivant les lieux et les climats. Du bœuf, du mouton, du porc, du sucre, du café et des légumes divers sont alternativement à la disposition du soldat américain. Des jardins ont été établis et cultivés, partout où cela est possible, pour varier son régime. On demande même, pour le rendre meilleur, que des cuisiniers spéciaux, instruits à cet effet par un Manuel, et jouissant d'une haute paie, soient attachés à chaque poste pour avoir une meilleure cuisine qu'avec le service alternatif de tous les soldats. Des hôpitaux sont attenants à tous les postes isolés pour le traitement des soldats, et des bains, ou du moins des tubes d'arrosage économique, y sont installés pour les soins de propreté. Le vêtement et le coucher ont subi des améliorations analogues.

Ce n'est pas encore assez. L'hygiène morale du soldat n'importe pas moins à sa santé et sa vie que l'hygiène physique. Le changement subit de la vie active, laborieuse des champs et de famille avec l'isolement de la caserne ou du camp auquel il est soumis, l'oisiveté relative à laquelle il

est condamné, ou du moins une grande diminution de l'exercice physique nécessaire à son âge; les habitudes d'individualisme, de célibat, de débauche qu'il contracte souvent en se désintéressant des soucis journaliers de la vie matérielle, méritent aussi une grande considération. On n'en tient pas assez compte, pas plus en Amérique qu'en Europe, et c'est pourquoi la phthisie pulmonaire en particulier fait tant de ravages dans l'armée.

La publication de cet ouvrage n'a pas son analogue en France. Il est une preuve de la sollicitude du gouvernement de Washington pour son armée et du zèle des officiers de santé militaires américains pour le soldat. Une grande autorité leur a été conférée par des ordres formels pour tout ce qui concerne l'hygiène du soldat, et ils s'en servent utilement sans le secours d'aucune intendance. Il n'est même pas question de pharmaciens ni de chimistes. Si l'initiative privée supplée en partie à ces enquêtes, ce n'est jamais avec des documents aussi complets, exacts et récents. C'est donc un exemple que l'Amérique nous envoie.

ARSENIC. Rien ne prouve mieux l'inanité des expériences sur les animaux, pour en appliquer les données à l'homme, que celles dont M. Rouyer a publié les résultats dans sa thèse inaugurale. (*Essai sur les doses toxiques et les contrepoisons de quelques composés arsénicaux*; Nancy, 1875.) Afin de déterminer la dose d'arsenic toxique suivant le poids de l'animal, il a injecté de l'acide arsénieux dans les veines des chiens préalablement pesés et il est arrivé à ce résultat que 6 dixièmes de milligramme par kilogramme suffisent à provoquer des symptômes d'empoisonnement ; 25 dixièmes déterminent des symptômes graves et parfois la mort qui devient certaine avec 3 milligrammes par kilogramme.

Par la voie gastrique, une solution de 6 centigrammes par kilogramme a suffi à amener la mort dans la plupart des cas et 7 ont toujours été mortels.

En comparant la toxicité de l'arsénite de potasse en solution (*liqueur de Fowler*), il s'est trouvé toxique dans les mêmes proportions que l'acide arsénieux dont il ne renferme que 50 pour 100.

L'arséniate de soude, au contraire, qui contient seulement 23,3 pour 100 d'arsenic métallique, au lieu de 75,75 qu'en

contient l'acide arsénieux, n'est toxique qu'à la dose de 5 milligrammes par kilogramme, injecté dans le sang, tandis qu'il en faut jusqu'à 15 centigrammes et même plus par la voie gastrique pour donner la mort.

Si la dose toxique de l'acide arsénieux pour l'homme n'était connue et fixée par de trop nombreux empoisonnements, il faudrait conclure de ces expériences sur le chien qu'un homme de 60 kilogr., poids moyen, devrait absorber 18 centigrammes d'acide arsénieux par l'estomac pour s'empoisonner. Et comme, d'après ces expériences, l'estomac n'absorbe que 3 milligrammes sur 6 centigrammes ingérés, c'est-à-dire la vingt-cinquième partie, 3 grammes 60 centigrammes d'acide arsénieux seraient nécessaires pour empoisonner un homme, alors qu'il est constaté que l'ingestion de 10, 15, 20 centigrammes ont suffi dans un grand nombre de cas.

On peut juger par là de l'énormité des expérimentateurs qui prétendent découvrir et enseigner les effets physiologiques ou thérapeutiques inconnus chez l'homme par ceux qu'ils obtiennent sur les animaux, même inférieurs au chien. Des alcaloïdes, administrés d'après ces règles trompeuses, ont pu être rapidement mortels. De là l'indication de ne pas s'y fier.

Localisation. Par des intoxications journalières de chiens et de lapins, faites en vue de déterminer la localisation de l'arsenic dans les divers tissus du corps, le docteur Scolosuboff a été étonné des doses énormes d'arsenic que les chiens peuvent prendre, pendant longtemps, sans aucun changement anormal du foie ni des muscles, quoique une quantité considérable fût trouvée dans le cerveau et la moelle épinière après la mort. Dans un cas d'empoisonnement chronique, le cerveau et la moelle contenaient environ quatre fois autant d'arsenic que le poids égal du foie et 36 fois autant que le tissu musculaire. 2 gr. 15 de moelle d'un lapin empoisonné ont donné une tache arsenicale, tandis que 38 grammes de foie et 64 gr. de muscles n'ont produit aucune réaction. 100 grammes de matière cérébrale ont donné 0 gr. 0,594 d'arsenic métallique; 100 grammes du cerveau d'un chien empoisonné avec un décigramme d'arsenic blanc en injections sous-cutanées ont donné

0 gr. 00117 d'arsenic métallique, tandis que 200 gr. du foie n'ont produit qu'une tache impondérable.

C'est donc principalement dans le tissu nerveux que l'arsenic se localise pour se répandre ensuite dans le foie et le tissu musculaire. (V. PARALYSIES ARSENICALES.)

ARTHRITES. Arthrite dyssentérique. Complication articulaire de la dyssenterie bien connue des anciens qui la rapportaient à la métastase, mais dont l'étude a été négligée à mesure que cette doctrine perdait du terrain. L'observation plus récente de l'arthrite blennorrhagique ou uréthrale, puerpérale, génitale, pyohémique, dont la pathogénie a si fort occupé les médecins dans ces dernières années (V. *années* 1866, 1867), a ramené l'attention sur celle-ci à cause de ses nombreuses analogies. Le docteur M. Tétu a été ainsi amené à en faire le sujet de sa thèse inaugurale (*Paris*, 1875) et tracer une histoire complète de cette maladie.

Elle consiste dans l'apparition de douleurs articulaires souvent accompagnées d'épanchement dans le décours de la dyssenterie. Le genou en est le plus fréquemment atteint, rarement avec d'autres jointures. Elle coïncide aussi bien avec la suppression brusque du liquide intestinal qu'avec sa persistance, comme dans la blennorrhagie ; elle exerce pourtant une action révulsive sur la sécrétion intestinale, suivant l'observation de Zimmermann qui y voyait ainsi une preuve évidente de la métastase. Jamais on n'a observé de lésion cardiaque pendant son cours, qui peut durer depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs mois. Les anciens rapportent même des cas où la suppuration et l'ankylose de l'article en furent les conséquences.

Deux hypothèses restent en présence pour expliquer cette arthrite symptomatique comme toutes les autres. Celle de la métastase étant mise de côté, aussi bien que l'affinité des tissus malades, il n'y a plus que celle des diathèses imaginée par Lorain, à propos du rhumatisme génital, puerpéral, qu'il a eu surtout le mérite de mettre en évidence, en opposition avec le rhumatisme blennorrhagique. Et ici, il ne s'agit pas seulement de la diathèse rhumatismale latente que la dyssenterie comme la blennorrhagie feraient éclater, mais d'une diathèse aiguë, transitoire que les affec-

tions, caractérisées en général par la suppuration des muqueuses, mettraient en puissance en développant toute une série de phénomènes morbides. (V. DIATHÈSES, RHUMATISME, 1867.)

L'absorption purulente, éloquemment défendue par M. Lasègue et soutenue par M. Bond (V. RHUMATISME, 1872), est la dernière hypothèse, la plus rationnelle et la plus en rapport avec les phénomènes observés. Elle bannit toute idée de rhumatisme et de diathèse et ne préjuge rien au point de vue de la spécificité.

Pour M. Lasègue, en effet, toutes ces diverses arthrites seraient comparables, moins l'intensité, à celles que l'on observe dans la pyohémie ; toutes auraient pour origine le transport dans la circulation de produits septiques susceptibles d'aller provoquer au loin des phénomènes de pyogénèse et d'inflammation.

Arthrite fongueuse. Contrairement à Hunter qui a préconisé les injections locales d'acide phénique, Knoery rapporte huit observations où ce traitement fut employé à la clinique chirurgicale de l'Université de Strasbourg. Si parfois, au début, elles ont paru diminuer les douleurs, elles n'ont été suivies de guérison que dans un seul cas de tumeur blanche tibio-tarsienne, traitée en outre par l'immobilisation. Dans quatre cas, la maladie suivit son cours progressif et resta stationnaire dans les trois autres. (*Dissert. inaugurale*, Strasbourg, 1875.)

Etude sur l'arthrite syphilitique, thèse inaugurale par le docteur Dauzat, Paris. Réunion de 25 observations recueillies dans les hôpitaux ou extraites des auteurs. De là les caractères cliniques de cette forme spéciale et spécifique, indépendante de toute autre diathèse. Tandis qu'en se développant dans la période secondaire, elle atteint seulement les parties molles des articulations, elle prend la forme d'une tumeur blanche dans la période tertiaire. Elle débute alors tantôt par la synovite, tantôt par les épiphyses articulaires. Le diagnostic différentiel est des plus importants puisque, dans celle-ci, un traitement spécifique bien administré permet une guérison prompte et rapide.

ATAXIE LOCOMOTRICE. *Accidents laryngo-bronchi-*

ques. La cause anatomique de ces accidents, inconnue jusqu'ici, vient d'être dévoilée par l'autopsie d'une malade qui en était atteinte dans le service de M. Luys à la Salpêtrière. A tous les troubles ataxiques, cette femme de cinquante ans présentait le tableau complet des symptômes pharyngo-laryngiens si exactement tracés par M. Féréol (voy. *année* 1869) : violents accès de toux survenant par quintes jour et nuit, toux rauque, suffocante, convulsive, avec sanglots entrecoupés, absolument comme dans la coqueluche. Ces crises apparaissent spontanément, sous l'influence d'un courant d'air ou de l'ingestion des aliments, et provoquent un chatouillement, un picotement au pharynx. Déglutition difficile des aliments et de la salive avec contraction spasmodique des muscles.

L'autopsie montra le pneumo-gastrique gauche très-atrophié, sous forme d'un petit filament grisâtre, tranchant avec son congénère à l'état normal. Le récurrent gauche est très-petit, les muscles du larynx n'offrent pas de modification, atrophie très-manifeste de la corde vocale inférieure gauche, réduite à moitié d'épaisseur de la droite, de même que le muscle thyro-arythénoïdien gauche.

Les pyramides postérieures étant atrophiées, grisâtres, indurées, ainsi que les corps restiformes, il n'est pas étonnant que les branches nerveuses en provenant aient diminué de volume et amené à leur suite des lésions musculaires. De là les phénomènes laryngés observés. Quant aux troubles pharyngiens, on peut les attribuer à la lésion du récurrent. Cette observation anatomo-pathologique complète donc celles de M. Féréol. (*Gaz. hebd.*, n° 27.)

Crises néphrétiques. Aux accidents précédents et à toutes les autres complications viscérales et prodromiques de cette singulière affection, comme les crises gastriques, articulaires, la paralysie des moteurs de l'œil et les accidents uréthraux, M. le docteur M. Raynaud vient d'ajouter des accès douloureux, qui, par leur siége et leur physionomie symptomatique, offrent d'étroites analogies avec les coliques néphrétiques. Le sujet de son observation, homme de trente-neuf ans, atteint de douleurs fulgurantes et d'un strabisme interne gauche, sans incoordination motrice, éprouvait une douleur extrême, angoissante, de la région lombaire à la région

épigastrique, s'irradiant vers l'épaule droite, dans la direction de l'uretère et de l'anneau inguinal droit. Une rétraction du testicule du côté opposé ainsi que des vomissements répétés et la diminution des urines s'observaient également. Ces crises, d'abord intermittentes, sont devenues presque subintrantes et continues ensuite, sous forme d'un endolorissement profond avec dépérissement consomptif très-marqué.

La durée de ces accès, de six et même huit jours parfois, leur retour fréquent et l'absence d'hématurie, de calculs, de graviers, de pus, les distinguaient des coliques néphrétiques. On ne pouvait davantage les confondre avec une affection de l'appareil hépatique, une occlusion intestinale ou l'existence d'un rein mobile. L'autopsie montra d'ailleurs une simple sclérose des cordons postérieurs occupant ceux de Goll et les bandelettes radiculaires internes. Les lésions anatomiques de l'ataxie peuvent ainsi exister pendant longtemps sans incoordination, de même que des prodromes très-marqués de cette maladie. (*Acad. de méd.*, juillet, et *Archiv. de méd.*, octobre.)

Paralysie faciale, troubles psychiques. Ils ont été constatés par M. Lereboullet chez un soldat de vingt-trois ans, entré au Val-de-Grâce, le 31 janvier, pour une bronchite subaiguë. Après des douleurs assez vives dans les membres inférieurs et fulgurantes surtout du côté gauche, il fut pris subitement d'une céphalée sus-orbitaire avec vue double, suivie bientôt de paralysie incomplète des muscles oculaires. Tous ces accidents disparurent rapidement, en même temps qu'une paralysie du facial s'accentuait et que des hallucinations se manifestaient.

L'absence d'altération de l'urine, de vomissements et de fièvre excluant l'idée d'une tumeur cérébrale ou d'une méningo-encéphalite, l'auteur de cette observation admet plus volontiers l'imminence d'une ataxie locomotrice progressive dont ces troubles nerveux seraient les prodromes. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 mai.)

Altération des humeurs. Une acidité marquée de la salive, produite par une espèce de carie au collet de la dent et s'étendant progressivement en profondeur, a été observée

par M. Bouchard en certains cas. Il a aussi constaté, comme dans le cas précédent, une diminution notable des urines avant chacune des crises gastriques. Urines contenant de l'albumine avec diminution de l'urée dont la proportion était de 9 gr. pour 1000 au lieu de 21. La polyurie consécutive à l'accès n'offrait rien de semblable.

Chloroforme. Quand le chloral ne suffit pas à calmer les douleurs de la peau hyperesthésiée, M. Vulpian emploie avec succès une compresse multiple imbibée d'eau sur une face de laquelle on verse une cuillerée de chloroforme. Ce topique produit rapidement une sorte de sinapisation douloureuse, mais la souffrance cesse au bout de dix minutes.

ATREPSIE. M. Parrot, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, désigne sous ce nom un défaut de nutrition des nouveau-nés, ayant pour cause un ensemble d'affections, dont le tube digestif est le point de départ, et qui aboutissent à une perturbation nutritive profonde. Dans une première période, il n'y a que des selles modifiées, jaunes ou vertes, et une soif vive, mais bientôt les vomissements surviennent avec muguet et ulcérations, l'appétit diminue et l'amaigrissement se prononce. Enfin, par l'aggravation de tous ces symptômes, une troisième période suit, dans laquelle la nutrition est tellement altérée que le retour à la santé est impossible. L'enfant ne boit plus qu'à la cuiller tant la faiblesse est considérable et les vomissements incessants, respiration pénible, température abaissée, face vieillotte, les chairs ont une consistance comme cireuse, rigidité des membres qui restent dans une immobilité complète. Peau ridée. La mort survient dans le coma ou les convulsions.

A ce tableau que tous les médecins ont eu l'occasion de voir, mais qui se rencontre surtout parmi les enfants abandonnés et que M. Parrot a analysé avec une abondance, une diffusion de détails inconnue jusqu'ici, on peut reconnaître l'entérite chronique de certains auteurs. M. Parrot y oppose, à défaut de nourrice, le lait de vache pur, avec des cataplasmes légèrement rubéfiants sur le ventre et 6 à 8 cuillerées à café de la mixture suivante :

℞ Sirop de grande consoude ou de coings...	100 grammes.
Sous-nitrate de bismuth..................	3 —

Si la diarrhée est verte, on diminue le sirop de moitié avec partie égale d'eau de chaux.

5 à 10 grammes de sirop d'ipéca comme vomitif, et 5 grammes d'huile de ricin comme purgatif, sont souvent nécessaires.

Si le mal s'aggrave et prend une marche aiguë, on administre alternativement, tous les quarts d'heure, une cuillerée à café de deux boissons glacées, soit une solution de 10 grammes de vieux cognac dans 200 grammes d'eau sucrée, et du bouillon de bœuf frais, absolument privé de graisse et de légumes, très-légèrement salé et coupé d'eau par moitié.

Deux ou trois grands bains par jour à 35°, sinapisés légèrement et de cinq minutes seulement. Douces frictions ensuite et caléfaction devant un feu nu.

Dès qu'il y a amélioration, on ralentit l'emploi de ces moyens. On redonne du lait, la nourrice se trayant dans une cuiller, si l'enfant trop fatigué ne peut prendre le sein. On supprime ensuite le bouillon coupé, tout en continuant le cognac dans l'eau sucrée à la température de la chambre. Un seul bain sinapisé par jour, sinon tous les deux jours. A défaut de nourrice, il faut prendre du lait d'ânesse de préférence à tout autre.

Dans des formes lentes ou torpides, chez les enfants dont la faiblesse native a été exagérée par la maladie, il faut se contenter de frictions sans bains, du lait à la cuiller six fois par jour et, après le repas, une demi-cuillerée à café d'élixir de pepsine, qui facilite la digestion du lait et stimule en même temps l'estomac par son alcool. Si la rétention des matières dans le gros intestin est douloureuse, quelques suppositoires de beurre de cacao ou de savon préalablement huilé sont préférables pour leur évacuation aux lavements médicamenteux. Les préparations opiacées doivent être proscrites.

Contre le muguet, on frictionne les parties malades avec un linge sec, et on les touche ensuite, trois fois par jour, avec un pinceau trempé dans :

℞ Miel rosat	} parties égales.	
Borate de soude		

Ou

℞ Glycérine neutre	} ââ 15 grammes.	
Miel rosat		
Chlorate de potasse	6	—

Toutes les deux à trois heures, une cuillerée à café d'un mélange à parties égales d'eau sucrée et d'eau de Vichy.

Contre l'érythème, la plus grande propreté est indispensable ainsi que l'usage de poudres inertes, fines et non parfumées, d'amidon, de riz et de lycopode. S'il y a érosion, les enduire de blanc de baleine et, si les ulcérations sont profondes, on les saupoudre d'iodoforme et on les recouvre d'un pansement simple avec un corps gras. (*Progrès méd.*, 1875.)

L'auteur ne dit pas dans quelle proportion le succès a couronné cette médication et cependant rien n'était plus nécessaire pour encourager à y recourir.

Altération de l'urine. De l'examen comparatif de l'urine des nouveau-nés, en général, et de celles des atreptiques, en particulier, MM. Parrot et A. Robin ont trouvé dans celle-ci des modifications toutes spéciales et qui ne se rencontrent dans aucune autre affection. Cette urine est toujours colorée du jaune citron pâle au jaune le plus foncé; toujours odorante, mousseuse, fade ou aromatique; toujours diminuée de quantité, sa densité variant de 1009 à 1012,5. Presque toujours trouble ou opaline et sédimenteuse, elle renferme des cylindres plus ou moins altérés, des éléments anatomiques graisseux, du mucus, des urates, du pigment et diverses autres matières. Réaction toujours acide, urée variant de 3 gr. 63 par litre à 16 gr. 19 ou de 1 gr. 22 par kilo à 5 gr. 89. L'acide urique, l'urochrome, l'indigose sont très-souvent augmentés. L'albumine ne manque chez aucun malade; le sucre est fréquent. Les chlorures sont en moyenne de 3 gr. 09 par litre et de 1 gr. 28 par kilog.; l'acide phosphorique de 2 gr. 24 et de 0 gr. 95.

La forme aiguë de l'atrepsie donne ordinairement lieu à la plupart de ces caractères à un haut degré. Leur augmentation annonce l'approche de la mort et, en particulier, l'abaissement de la quantité contenant les matières solides au maximum.

La forme chronique, au contraire, ne produit ces caractères qu'à un faible degré. Leur diminution coïncidant avec des urines plus abondantes annonce la guérison. La diarrhée, l'anxiété, l'agitation, les cris de détresse des petits

malades coïncident souvent avec des urines plus rares et plus chargées. Le contraire annonce que l'enfant se nourrit encore et ces signes, coïncidant avec l'élévation ou l'abaissement de la température des pieds, peuvent servir utilement au pronostic. (*Acad. des sc.*, 14 août, et *Arch. de méd.*, août et septembre).

ATROPHIE MUSCULAIRE. Des recherches histologiques de MM. Debove et Renaut, il résulte que les fibres musculaires présentent un état distinct, suivant la cause qui a déterminé l'atrophie, notamment dans les deux variétés suivantes :

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.	ATROPHIE MUSCULAIRE SATURNINE.
Striations longitudinales et transversales.	Aspect monoliforme des fibres.
Myolemme intact.	Myolemme intact.
Noyaux multiples placés 2 à 2 ou 3 par 3, sans comprimer la fibre musculaire qui reste cylindrique.	Noyaux très-multipliés formant un renflement qui comprime la fibre musculaire, la divise en segments et l'interrompt avec le tendon d'insertion.
Myosite simple.	Myosite spéciale.

Cette différence dans les lésions serait en rapport avec ce fait clinique que les fibres musculaires conservent jusqu'à la fin leur contractilité électrique et volontaire dans l'atrophie musculaire progressive, tandis que, dans l'atrophie saturnine, elles perdent bien vite et successivement ces deux contractilités. (*Soc. de biologie*, février.)

Atrophie unilatérale de la face. M. Desprès l'ayant rencontrée chez un garçon de quatorze ans, coïncidemment avec une absence de développement des sinus maxillaire et frontal du côté droit, a admis aussitôt que, dans tous les cas où l'atrophie ne résulte pas d'une paralysie faciale, elle est due au défaut de développement de ces sinus. Et comme ils ne se développent que de sept à quatorze ans, l'atrophie ne se remarque qu'à cet âge. Mais il a suffi de

montrer l'atrophie débutant chez un militaire de vingt-deux ans, observé au Val-de-Grâce par M. Lereboullet (*Gaz. hebdomad.*, n° 13), de même que par M. Nicaise chez une femme de vingt-deux ans au début d'une grossesse, pour que cette étiologie absolue ne puisse supporter l'examen. C'était ici une atrophie du système osseux du côté droit de la face sans altération du derme ni cette apparence cicatricielle qui distingue l'aplasie lamineuse (*Soc. de chir.*, 22 mars.)

A mesure que les cas de cette atrophie se multiplient, les causes en sont ainsi reconnues diverses. On s'accorde aujourd'hui à les rattacher surtout au système nerveux; d'où le rejet de la dénomination d'aplasie lamineuse que lui avait imposée M. Lande (*V. année* 1870-71); celle de trophonévrose lui conviendrait mieux.

Le docteur W. Hime, en la désignant sous le nom d'*Hémiatrophie faciale progressive*, n'hésite pas à en placer le siége dans les fibrilles nerveuses qui régularisent la nutrition, car, dans plusieurs cas qu'il a observés et qu'il rapporte, il n'y avait pas de lésions musculaires ni des rameaux importants du trijumeau et du facial. Leurs fonctions même étaient intactes malgré une atrophie très-marquée. (*British. med. Assoc.*)

Lésions cutanées. Le docteur Balmer en a observé un cas analogue à ceux décrits par Friedreich, sans que l'on pût les rapporter, comme dans ceux-ci, à un traumatisme professionnel. Ils consistent en crevasses et en bulles pemphygoïdes sur les mains et les doigts, bulles remplies de liquide séreux incolore, à réaction alcaline. Ces lésions trophiques survinrent six mois après le début de l'atrophie musculaire et se reproduisirent à des intervalles irréguliers. Il les rapporte ainsi à l'influence directe des vaso-moteurs. (*Archiv heilkunde*, 1875.)

Atrophie des muscles fessiers. La fréquence et la gravité en sont signalées par M. Onimus, d'après les exemples suivants.

Un malade était depuis deux à trois ans atteint de symptômes vagues d'ataxie locomotrice, qui ne l'empêchaient d'ailleurs ni de marcher ni même de faire de longues

courses. Tout à coup, il fut pris de douleurs vives siégeant principalement dans les muscles des fesses, et, pendant dix jours, il fut forcé de garder le lit. Depuis cette crise, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, il ne peut plus du tout marcher; il ne peut même plus se tenir debout. Quand il est couché, les mouvements des jambes et ceux du tronc sont libres et faciles. Il soulève les jambes, les tient élevées pendant un temps très-long, et l'on ne parvient ni à les fléchir ni à les étendre, s'il s'y oppose par des contractions musculaires.

Cette puissance des membres inférieurs, ainsi que la facilité des mouvements, n'étant nullement en rapport avec l'impossibilité de marcher ou de se tenir debout, la contractilité électro-musculaire de tous les muscles fut successivement étudiée, et l'on reconnut alors que les muscles fessiers étaient presque entièrement atrophiés. L'atrophie était d'ailleurs limitée à ces seuls muscles.

Chez une autre personne qui avait fait une chute assez violente sur un côté du corps, il y eut, consécutivement à la contusion, une atrophie des muscles de la jambe et une impossibilité de marcher. Les muscles fessiers furent également atteints et furent les plus lents à recouvrer leurs mouvements.

Enfin, tout récemment, l'atrophie des mêmes muscles s'est montrée à la suite d'une sciatique, et, après la disparition complète des douleurs, la marche était difficile, uniquement à cause de cette atrophie.

Ces exemples montrent que l'atrophie des muscles fessiers est assez commune, et que, presque toujours, l'on oublie de la chercher. On examine plus volontiers les muscles de la jambe, de la cuisse, et ceux de la masse sacro-lombaire. La position même du malade dans le lit est cause de cette absence d'examen. Cependant, dans la position couchée, les muscles supportent le poids du corps, et, quand il y a une cause d'atrophie, on comprend qu'elle agisse plus activement sur ces muscles que sur toutes les régions voisines. (*Soc. de méd. de Paris,* juillet.)

Atrophie cérébrale sénile. Des observations anatomo-pathologiques faites sur des animaux âgés, chiens, chats, chevaux, ont montré à M. Herbert Major que leur cerveau

présente certaines lésions analogues à celles de l'homme. Chez un chien terrier mort à treize ans avec des symptômes de démence sénile, les membranes correspondant aux hémisphères antérieurs en étaient séparées par un liquide séreux avec opacité de ces membranes et altération des éléments des circonvolutions. La plupart des cellules, atrophiées, infiltrées de granulations pigmentaires et altérées à des degrés divers, comme dans la paralysie générale, étaient séparées entre elles par des espaces libres. Aucune altération des vaisseaux, mais la névroglie était profondément modifiée, détruite même en partie. Les circonvolutions d'un jeune chien, examinées comparativement, ne présentaient rien de semblable.

Sauf l'état intact des capillaires, ces lésions ont donc une grande analogie avec celle de l'atrophie cérébrale sénile chez l'homme et il en était de même chez un cheval tué dans un âge avancé. Un chat de huit ans, mort subitement, n'a rien offert de semblable. (*The West riding lunatic asylum. med. Reports.*, 1875.)

Il serait donc intéressant de poursuivre ces observations pour s'assurer du moins que les vivisections, les expérimentations faites sur ces animaux pendant la vie peuvent s'appliquer à l'homme, si leurs organes présentent les mêmes altérations histologiques par le fait de l'âge.

AUSCULTATION. *Voix articulée aphone.* Elle s'entend très-bien, suivant le professeur Baccelli, dans les épanchements pleurétiques très-ténus et séreux. Ce nouveau signe de l'auscultation médiate peut servir de moyen de diagnostic différentiel entre l'épanchement séreux et les autres, séro-fibrineux et purulents. La densité de ces liquides fait seule varier les vibrations sonores et leur transmission. V. ÉPANCHEMENTS.

Stéthoscope flexible. Tube de caoutchouc vulcanisé, imaginé par M. C. Paul, long de 45 centimètres, offrant une lumière de 6 à 7 millimètres, et dont une extrémité libre pénètre à frottement dans le conduit auditif, tandis que l'autre extrémité supporte un pavillon en ivoire évasé, haut de 4 centimètres avec une base de 2 centimètres. Cet instrument est donc de très-petit volume, plus facile à trans-

porter que les stéthoscopes ordinaires, et de plus il permet au médecin d'ausculter longuement sans faire prendre au malade ni à lui-même une position fatigante. Le praticien peut ainsi parcourir centimètre à centimètre la région précordiale en limitant nettement l'origine des divers bruits; dans les hôpitaux, le chef de service, sans déranger le pavillon du stéthoscope, peut faire entendre aux élèves, dans des conditions identiques, les bruits qu'il a entendus lui-même. Ce stéthoscope permet également d'ausculter les tout jeunes enfants sans les effrayer, dans leur berceau, au sein de leur nourrice, sans leur donner une position gênante et pour le malade et pour le médecin. (*France méd.*, mars.)

Bruit de frottement péricardique. V. Cœur.

Auscultation plessimétrique. C'est, d'après M. N. Guéneau de Mussy, l'action d'ausculter avec l'oreille l'une des surfaces antéro-postérieures du thorax en même temps que l'on percute avec le doigt un des os superficiels de la partie opposée. L'oreille étant appliquée, par exemple, sur la région antéro-postérieure, on percute les premières apophyses dorsales et réciproquement on percute la partie supérieure et moyenne du sternum ou le bord inférieur de la clavicule, sinon les côtes supérieures, pendant l'auscultation de la région postéro-supérieure. On peut ainsi explorer d'avant en arrière, suivant les cas, les différentes parties du thorax. Mais cette méthode s'applique plus spécialement aux sommets des poumons; l'auscultation étant faite de préférence en arrière et la percussion en avant. La tête s'applique plus commodément sur la partie supérieure de cette région et le sternum, la clavicule ou les côtes offrent au doigt des surfaces plus larges, plus sonores et plus commodes que la crête des apophyses épineuses. Il faut surtout placer l'oreille bien perpendiculairement sur la fosse sus-épineuse, car, si elle repose sur l'épine de l'omoplate, cette saillie arrête la transsonnance.

Le malade doit être assis ou debout, les bras pendants et les épaules effacées. Il faut percuter légèrement sur la peau nue avec l'extrémité d'un ou plusieurs doigts recourbés en crochet. On les retire aussitôt qu'ils ont touché la surface sonore. Un très-léger choc sec, court, rapide, donne

souvent des résultats plus positifs, des nuances plus délicates, qu'une percussion énergique.

L'exploration se fait en commençant par la partie externe de la région sus-épineuse où le frémissement métallique a ordinairement son maximum, en allant de dehors en dedans jusqu'au rachis. Pour le sommet gauche, on se place en arrière et à gauche, en percutant avec la main gauche la région antérieure, et réciproquement pour la droite. Pour obtenir la modification des ondes sonores produites par une induration centrale, il faut que la percussion soit faite dans la projection horizontale de ce point. Il suffit que ces ondes sonores traversent obliquement le tissu pulmonaire perméable à l'air pour que la modification pathologique du son n'ait pas lieu. Dès qu'elle se produit, on peut juger que l'induration offre déjà un certain volume. Des granulations isolées ne peuvent arrêter les ondes sonores et les laissent rayonner entre elles.

L'auscultation seule ne renseigne guère que sur l'état des parties superficielles du poumon, il faut les nuances des sons, fournies par la percussion, pour donner quelques indices sur l'état des parties profondes. L'auscultation plessimétrique fournit ces deux résultats à la fois. On entend ainsi, lorsque les poumons sont sains, outre le son déterminé par le choc, une vibration métallique qui accompagne et peut même couvrir le bruit sec produit par la percussion. C'est la *transsonnance plessimétrique* ou le passage des vibrations sonores, directes ou consonnantes, provoquées par le choc à travers le thorax. Dès que la densité, la perméabilité du tissu pulmonaire sont modifiées, l'homogénéité du milieu traversé par les ondes sonores l'étant aussi, le bruit de transsonnance, au lieu d'être vibrant, métallique, s'affaiblit, devient plus mat, en même temps que parfois la tonalité s'élève.

Cette méthode suffit ainsi à résoudre la plupart des problèmes cliniques que présentent les maladies des organes thoraciques. Elle servira surtout à réformer, compléter, corriger, les résultats fournis isolément par la percussion et l'auscultation ordinaires. Elle peut surtout révéler la présence d'une lésion centrale du poumon, masquée par un état emphysémateux environnant, très-difficile à diagnostiquer autrement. La percussion seule donne alors un son

clair et même tympanique, et l'auscultation ne fournit aucun signe caractéristique. L'augmentation de la tonalité, obtenue par l'auscultation plessimétrique, comparée au côté opposé, sera l'indice de la présence d'une masse indurée au milieu de l'emphysème..Appliquée au diagnostic du pneumothorax, par Trousseau, cette méthode donne le *bruit d'airain*, comme il l'appelait. Elle est encore utile chez les malades inconscients, les vieillards, les enfants, les aliénés ou les typhiques chez lesquels on ne peut diriger les mouvements respiratoires.

L'adénopathie bronchique pouvant en imposer à cet égard, il faut percuter la partie supérieure du sternum et la clavicule près de son bord inférieur, parfois même la partie voisine du premier espace intercostal, surtout du côté gauche, pour éviter cette cause d'erreur. Parcourant ainsi très-rapidement, comme un clavier, toute l'étendue de cette surface sonore et vibrante, on distingue très-facilement les points où la vibration argentine faiblit ou s'arrête, pour ne laisser arriver à l'oreille qu'une transsonnance sèche et mate.

Si l'auscultation plessimétrique est principalement applicable aux lobes supérieurs des poumons, siége à peu près constant des indurations chroniques, surtout au début, elle peut aussi servir à découvrir, dans d'autres points, des masses tuberculeuses, chez les emphysémateux en particulier. Une élévation de tonalité en est ordinairement le signe. Mais ce n'est généralement qu'avec un soin minutieux qu'on parvient à la saisir, comme l'habile clinicien de l'Hôtel-Dieu le montre par plusieurs exemples.

Les pneumonies centrales des lobes supérieurs et celles d'autres parties compliquées d'un état atélectasique du poumon, si commun chez les vieillards, les typhiques, les paralytiques adynamisés, peuvent aussi être reconnues par ce moyen, lorsque la fièvre et les crachats manquent. Toutefois, le cœur et le foie, en arrêtant les ondulations sonores, peuvent être des causes d'erreur dont il faut tenir compte. (*Union méd.*, nos 83, 85 et 87.)

Auscultation de la bouche. *Râle buccal à petites bulles.* En approchant l'oreille de la bouche des malades atteints d'affections respiratoires, dit le professeur Ercole Galvagni,

elle perçoit dans l'expiration ou dans l'inspiration, parfois même entre ces deux actes, un râle à bulles fines, bien distinct du râle de l'agonie qui est à grosses bulles, comme chez toutes les personnes qui ont une abondante sécrétion des voies respiratoires. Ce râle à petites bulles a lieu dans les alvéoles pulmonaires de l'extrémité terminale des bronches et non dans la trachée, comme la première impression le ferait croire. L'oreille appliquée sur la trachée ne le perçoit pas, si l'on a la précaution d'empêcher qu'il ne lui arrive par la bouche.

Comparé avec les râles qui peuvent s'entendre simultanément dans la poitrine par l'auscultation des parois thoraciques, celui-ci se distingue par des bulles plus fines, d'un timbre plus sec, séparées nettement l'une de l'autre et d'un ton plus élevé. Il existe ainsi quand l'examen du thorax est complétement négatif.

Le siége de ce râle est, d'après M. Galvagni, au centre des voies respiratoires. Entouré ainsi de parenchyme pulmonaire sain, mauvais conducteur des sons à cause de l'air qu'il contient, ce râle ne peut s'entendre à l'extérieur que par le pharynx et la bouche dont l'architecture spéciale le renforce et lui donne ses caractères distincts. Il pourrait ainsi avoir une grande importance pour diagnostiquer certains cas de phthisie commençante, sans autres caractères physiques que celui-là. (*Bollet. delle sc. med. di Bologna*, décembre 1875.)

AUTOPLASTIE. Il n'est plus nécessaire que le lambeau destiné à réparer la perte de substance soit rattaché aux parties voisines par un pédicule, comme on le croyait avant la découverte de M. Reverdin. Le succès des greffes épidermiques explique comment le docteur Wolfe de Glasgow a pu ainsi détacher, sur l'avant-bras, un lambeau cutané, de deux centimètres de long sur un de large, pour recouvrir la plaie de pareille étendue faite pour la guérison d'un ectropion des deux paupières, suite de brulûre. La seule condition pour la réunion d'une greffe autoplastique aussi étendue, c'est de débarrasser aussi complétement que possible le lambeau détaché du tissu cellulaire sous-jacent. Pour le démontrer, ce chirurgien dépouilla une moitié du lambeau du tissu cellulaire et le laissa intact sur l'autre moitié. La

réunion fut parfaite dans toute l'étendue où le tissu manquait; la guérison se fit par granulation sur l'autre moitié, sans qu'il en résultât la gangrène même partiellement.

Dans l'impossibilité de donner au lambeau des dimensions proportionnelles à la perte de substance, surtout dans les grands délabrements, M. Faucon est d'avis de ne faire que consécutivement l'autoplastie destinée à les combler; M. Verneuil est aussi complétement de cet avis. Après l'enlèvement du maxillaire inférieur, l'autoplastie de la lèvre n'eut ainsi lieu avec succès que longtemps ensuite. Autrement, des lymphangites, des érysipèles, la gangrène sont souvent le résultat des tiraillements imprévus et la difformité est parfois plus considérable qu'auparavant. L'autoplastie primitive est plus applicable dans les traumatismes non opératoires; mais, après l'enlèvement des tissus malades du maxillaire surtout, il vaut mieux différer l'autoplastie. (*Soc. de chir.*, août.)

AVORTEMENT. Sa distinction en provoqué ou spontané, d'après l'état des membranes, a donné lieu à une grave discussion à la Société de médecine légale qui n'a pas résolu la question. M. Leblond, rédacteur des *Annales de gynécologie*, a de nouveau étudié cette question et, d'après 11 observations personnelles d'avortement dans les premiers mois, contrôlées par un examen minutieux de divers médecins, il conclut à la spontanéité de l'avortement quand il se fait en bloc, sans déchirure des membranes. C'est le contraire quand elles sont rompues quoique saines. On ne peut rien conclure, au contraire, lorsque les membranes présentent des altérations pathologiques, sinon qu'une maladie de l'œuf a pu produire spontanément l'avortement.

Sur l'avortement spontané dans les premiers mois de la grossesse; valeur médico-légale de l'intégrité des membranes, par M. Leblond, brochure in-8°, Paris.

La question médico-légale reste donc insoluble, car un coup, une chute pouvant déterminer violemment l'expulsion de l'œuf, parfoisla déchirure des membranes en résulte comme s'il avait été provoqué. C'est une provocation accidentelle. Et comment la distinguer de la provocation préméditée? C'est ce que ne dit pas l'auteur.

B

BACTÉRIES. M. Nepveu en a constaté des quantités considérables de toute espèce sur les cataplasmes des hôpitaux de Paris. Le défaut d'accidents des plaies, sur lesquelles ces cataplasmes sont appliqués journellement, est donc une nouvelle preuve de l'innocuité de ces bactéries et bactéridies, contrairement à l'opinion de M. Davaine. Il ne serait pas moins d'une sage prévoyance, après cette découverte, de préparer extemporanément le cataplasme nosocomial. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Leur innocuité est aussi constatée par les expériences du docteur Satterthwaite et il met en doute leur caractère infectieux. Outre que leur présence dans le tube digestif ne provoque aucun phénomène morbide, elles ne se rencontrent pas dans des liquides virulents, bouillis et filtrés à plusieurs reprises, et donnant ensuite lieu à des phénomènes septicémiques. Le microscope n'y constate que des granulations qui ne produisent pas de bactéries dans les conditions les plus favorables. Il est donc impossible d'admettre actuellement, dit-il, que les organismes inférieurs soient la cause unique et suffisante des maladies infectieuses. (*Soc. med. de New-York* et *med. Record.*, décembre 1875.)

BEC DE LIÈVRE. *Étiologie.* Une anomalie très-curieuse a été observée sur une lionne appartenant à la Société zoologique de Londres par M. Lund de Manchester. Ses petits, de plusieurs portées, étaient atteints d'une fissure palatine très-rare chez les animaux. Sa cohabitation avec le même mâle en rendait la cause d'autant plus incertaine. Mais cette lionne étant nourrie, comme les autres carnassiers, de viande maigre débarrassée d'os, on soupçonna que l'arrêt de développement devait être rapporté à ce régime. L'état de gravidité de l'animal permit de le vérifier. On lui donna à discrétion de la viande attachée aux os en laissant ceux-ci dans sa cage. Tous les petits lionceaux de cette portée naquirent parfaitement conformés. L'anomalie avait disparu par cette simple modification du régime. (*Med. examiner.*)

Encochure. Un moyen très-simple de l'éviter, selon le docteur Hellebault, est de tenir en contact intime les parties divisées. Après les avoir avivées avec de forts ciseaux, il les réunit avec des épingles, non-seulement sur la peau, mais sur la muqueuse en la traversant à un centimètre et demi ou deux centimètres de distance de la plaie. Il fixe ensuite avec une suture entortillée. Depuis seize ans qu'il met ce procédé en pratique, il n'en a obtenu que de bons résultats sans la plus petite encochure ni la moindre dépression. (*Acad. de méd. de Belgique.*)

BUBON. *Injections parenchymateuses d'iodure de potassium.* Au lieu de la teinture d'iode ou d'autres liquides alcooliques, le docteur Jacubowitch emploie une solution au 30e d'iodure de potassium. Dans un premier cas, le bubon étant gros comme un œuf d'oie, il fit une piqûre au sommet de la glande, enfonçant son aiguille profondément à une distance considérable. Après avoir injecté le quart du contenu de la seringue, il sentit une résistance, retira un peu la canule, puis, en répétant plusieurs fois cette manœuvre, arriva à injecter environ un gramme d'iodure dissous dans trente grammes d'eau. La tumeur devint plus dure d'abord et ne tarda pas à diminuer de volume, et, après quatre opérations semblables, disparut complétement. Dans un autre cas, où l'on avait affaire à un noyau induré persistant et tellement dur qu'il semblait que l'injection ne pourrait y pénétrer, le succès fut obtenu de la même manière.

Cette opération est applicable à des cas où l'induration a résisté à tout autre traitement et donné lieu à des tumeurs persistantes qu'il est nécessaire de faire disparaître. (*Journal de méd. et chir. prat.*)

C

CALCANÉUM. *Extirpation sous-périostée.* Pour lever tous les doutes encore existants sur l'efficacité de l'ablation totale du calcanéum, M. Ollier invoque les succès de la méthode sous-périostée dont il revendique la priorité. Mais M. Letiévant lui a énergiquement contesté cette priorité, à

la Société de médecine de Lyon, en montrant par le texte même des observations et leur date précise qu'elle avait été pratiquée avant lui par Langenbeck.

Quant aux 5 faits produits à l'appui, ils montrent aussi que cette opération n'est indiquée que dans l'enfance et l'adolescence, alors que l'ostéite s'étend à la totalité du calcanéum et en particulier dans l'ostéo-périostite phlegmoneuse s'étendant aux articulations voisines. Sur plus de 100 cas d'ostéite suppurante du calcanéum qu'il a observés depuis 16 ans, M. Ollier n'a employé que l'ablation sous-périostée 5 fois après l'insuccès de la cautérisation au fer rouge et l'évidement partiel, 7 ont été traités par la résection partielle de l'os, 40 environ par l'évidement et les autres par la trépanation, la cautérisation interosseuse et l'extraction des séquestres.

Chez un garçon de quinze ans et demi, atteint cinq ans auparavant d'une ostéite phlegmoneuse qui s'était arrêtée par des incisions profondes, des phénomènes graves étant survenus subitement par la propagation de l'inflammation à l'articulation calcanéo-astragalienne, l'ablation sous-périostée fit cesser les accidents, avec cicatrisation de la plaie, deux mois et demi après, et restauration graduelle de l'os. La saillie du talon et une voûte plantaire très-accusée permettent à ce sujet de se tenir debout 10 heures par jour pour son travail sans jamais souffrir du pied.

Dans un second cas de carie, les accidents ayant persisté malgré l'évidement de l'os et la cautérisation centrale au fer rouge, l'ablation sous-périostée eut lieu quelques mois après. L'opéré guérit et sans que la reproduction soit aussi satisfaisante et complète que dans le cas précédent, il y a aussi saillie du nouveau talon et persistance de la voûte plantaire. D'où cette conclusion : qu'il peut y avoir ainsi régénération suffisante de l'os chez les jeunes malades pour maintenir la saillie du talon et la configuration de la voûte plantaire.

Quant à savoir comment se reproduit cet os, M. Gosselin croit que c'est par les petits fragments osseux sinon la poussière osseuse, comme on l'appelle, qui reste adhérente à la surface interne du périoste, comme il en restait au moins dans le premier cas. Il est donc important de les conserver afin de déterminer cette ostéite productrice qui

est essentielle, suivant certains auteurs, non pour conserver la forme de l'os, mais sa reproduction.

M. Gosselin ne comprend pas bien cette fréquence des ostéites, des caries limitées du calcanéum, à Lyon ; à Paris, ces faits sont rares et l'ostéite de l'articulation du pied s'étend ordinairement à l'ensemble des os. Aussi, comme preuve de leur intégrité, il demande à savoir s'il y a soudure de leurs articulations après l'ablation du calcanéum et abolition des mouvements du pied.

Parallèlement à la reconstitution du calcanéum, dont la forme est déterminée par celle de la gaîne périostique, d'après M. Ollier, les fonctions du pied se rétablissent selon leur type normal, l'influence des pressions et des frottements exercés. Les opérés peuvent ainsi non-seulement s'appuyer en marchant sur la saillie des métatarsiens en relevant le talon, mais marcher sur la pointe du pied, sur le talon, la pointe relevée et se tenir même sur la pointe du pied opéré, l'autre pied en l'air. Preuve que l'os est bien reproduit avec conservation de ses attaches tendineuses et de mobilité des articulations. Malheureusement ce résultat paraît encore très-exceptionnel et limité aux deux cas précédents. Il serait dangereux de les généraliser. (*Acad. de méd.*, 8 août.)

Malgré ces succès, M. Philipeaux insiste sur l'emploi de la cautérisation au fer rouge dans l'ostéite et la carie centrale du calcanéum. Il en rapporte deux succès, dans des cas où l'amputation semblait la seule ressource. La carie s'étendait même aux os du tarse dans un cas. La guérison n'en eut pas moins lieu en enfonçant profondément le fer rouge dans le calcanéum à plus de 3 centimètres de profondeur. C'est donc au moins un moyen à employer avant l'ablation même sous-périostée. (*Lyon méd.*, n° 32.)

De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os, par le docteur Eugène Vincent; un vol. in-8°, Paris. Inspiré par M. Ollier, ce travail très-complet contient surtout des données nouvelles sur l'ablation sous-périostée pratiquée dans ces derniers temps. Sur 69 cas d'extirpation, il y a eu 49 succès dont 2 excellents, ce qui semble justifier complétement cette opération. Sur 23 cas d'extirpation par la méthode sous-pé-

riostée, 15 succès sont signalés, dont 13 régénérations plus ou moins parfaites. Ceux-ci ont toujours eu lieu sur des sujets de 20 à 30 ans. Les 6 revers comprenant 3 morts et 3 amputations ont eu lieu sur des malades de 30 à 40 ans. De là l'indication de n'opérer que dans l'enfance et l'adolescence.

CANCER. *Eucalyptus.* A la suite de l'application de charpie imbibée de teinture d'eucalyptus sur une tumeur encéphaloïde du sein, datant de quatre mois, M. Luton l'a vue se sphacéler et s'éliminer presque totalement, comme dans le cas du docteur Noir. Le stroma seul de la masse cancéreuse resta en place et se recouvrit de bourgeons charnus; il y eut tendance à la rétraction cicatricielle.

Encouragé par ce fait, bien que ce ne fût peut-être qu'un nouvel exemple de gangrène spontanée, l'observateur rémois a donné l'eucalyptus à l'intérieur, dans cinq autres cas de cancer, à la dose de 10 grammes de teinture par jour, ou de 50 centigrammes à un gramme d'eucalyptol, sinon un gramme de poudre des feuilles. En voici les résultats : cancer de l'estomac chez une femme de soixante-huit ans. Après cinq mois, la tumeur est moins ferme et plus mobile, ce qui indique une modification dans sa structure; pas de cachexie. Même résultat contre une tumeur encéphaloïde de l'hypocondre droit chez un homme de cinquante-trois ans. Les hémorrhagies utérines dues probablement à un cancer du col, s'arrêtèrent chez une dame de quarante-cinq ans et l'état général s'améliora. Contre un cancroïde récidivé du nez, trois ans après l'ablation, chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans, la tumeur se fondit en ichor et en gangrène en quelques jours, et il resta à la place une excavation recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. (*Mouv. médical*, n° 10.)

C'est donc surtout en applications externes sur les tumeurs et les plaies cancéreuses que ce moyen est indiqué, jusqu'à ce que des cas plus précis de cancers internes en aient été modifiés.

Carcinôme du maxillaire supérieur. Sur 32 cas de tumeurs diverses du maxillaire supérieur observés à la clinique de Gœttingue par Ohlemann, il y avait 17 carci-

pour lesquels la résection totale fut pratiquée dans
et la résection partielle dans les 2 autres. Il y avait
0 sarcômes. De ces 32 résections, il n'y eut que
cès immédiats ; mais la récidive fut constante dans
de carcinôme. Un soulagement considérable fut le
, de l'opération avec prolongation de la vie de un à
ıs.

le diagnostic différentiel, l'auteur distingue le car-
du sarcôme médullaire aux signes suivants : âge
sexe masculin surtout, développement très-rapide,
ıagné de douleurs atroces, destruction rapide de
foulement, luxation, destruction précoce des parties
s : œil, voûte palatine, oreille, dents. (*Archiv für
ir*. 1875.)

er du pylore. *Extirpation*. Gussenbauer et Viniwar-
; remis à l'étude cette redoutable opération qu'un
irurgien allemand, Merrem, ait jamais eu l'audace
tiquer. A l'exemple de Gunther, ils ont expérimenté
:hiens non atteints de cancer, bien entendu, en ten-
ar la gastrotomie, de réséquer une partie de l'an-
ıylorique ; 2 seulement de ces animaux ont survécu
opération, ce qui indique le peu de chance qu'elle
t sur l'homme atteint de cancer.

ı'est pas qu'elle n'aurait de nombreuses occasions
employée si elle était applicable. Sur 903 cancers de
ıac, observés à l'Institut pathologique de Vienne de
1873, 542 siégeaient au pylore dont 319 avec géné-
on et 223 locaux. Dans 370 cas, il y avait adhérence
; pylore et 170 en étaient exempts. (*Langenbeck's*
, vol. XIX.)

comment établir le diagnostic différentiel de ces
ur distinguer ceux où la localisation et le défaut
rence permettraient de tenter la résection partielle de
ıac ? N'est-ce pas sacrifier inutilement au dieu du
expérimentation, que de tourmenter cruellement de
s animaux devant de telles impossibilités d'arriver à
ıltat pratique ? Si les succès de l'ovariotomie et de
es autres mutilations permettent de nouvelles ten-
encore faut-il reconnaître certaines limites en ce

Cancer du duodénum. *Diagnostic.* Un cas, montrant bien les difficultés presque insurmontables de ce diagnostic des affections viscérales chroniques, est rapporté par M. le docteur Descroizilles qui l'a observé à Bicêtre sur un vieillard frappé depuis 1870 d'une ataxie locomotrice. D'un appétit régulier et modéré, cet homme avait fait son repas habituel du soir, le 6 novembre 1875, lorsqu'il fut pris, deux heures après, d'une faim si vive qu'il dévora un morceau de pain qui lui restait. Douleurs violentes de l'estomac et vomissements immédiats qui persistèrent dès qu'il essayait de manger. Constipation opiniâtre, malgré les purgatifs.

Entré à l'infirmerie dix jours après, il présente des nausées presque continuelles suivies de vomissements liquides, noir de café, évalués à un litre depuis 12 heures, sans odeur aigre ni fécaloïde. Langue rouge et sèche, soif ardente, appétit nul ; sensation de brûlure à l'épigastre, rien à la palpation ni à la percussion. Pas de ballonnement, de rénittence, ni de douleur. Pouls de 85 à 90 ; agitation continuelle. Une obstruction intestinale est diagnostiquée sans en préciser le siége ni la cause. Des purgatifs répétés, des bains, des lavements n'arrêtent ni les vomissements noirs ni la constipation et le malade meurt avec les yeux excavés, la voix presque éteinte, quatre jours après.

L'autopsie montre une tumeur dure, résistante à la coupe, lardacée, squirrheuse, ayant 4 centimètres de long, de la portion du duodénum qui embrasse la tête du pancréas, avec des adhérences très-solides entre ces deux organes. Outre des saillies irrégulières, il existe au centre une ulcération à bords durs et saillants. L'estomac énormément distendu contient 1500 grammes d'un liquide noir de café avec rougeur de la muqueuse, sans altération aucune des ganglions voisins ni des autres organes.

Il semble donc que le développement de ce squirrhe ait été silencieux jusqu'à ce qu'en faisant saillie dans l'intestin, dont il a progressivement diminué le calibre, il a intercepté complétement le passage des matières alimentaires. De là tous les signes de l'étranglement interne sans dyspepsie préalable ni aucun état cachectique. La couleur seule des vomissements pouvait faire diagnostiquer un cancer de l'estomac. (*France méd.*, n° 32.)

Cancer rénal primitif. Il est relativement très-rare et tout spécial dans son développement, d'après un mémoire de Rohrer de Zurich (1875). Tanchou avait déjà montré qu'il n'avait été rencontré que 3 fois sur un total de 9, 118 cancers constatés par les médecins vérificateurs des décès dans le département de la Seine sur 382, 851 morts de la naissance à 100 ans, arrivés de 1830 à 1840 inclusivement. (*Tumeurs cancéreuses*, Paris, 1844.) C'est bien loin de la proportion de 2, 5 pour 100 de tous les cancers admise par Rohrer, d'après 115 observations seulement dont 4 inédites. Il est vrai que l'autopsie n'était pas venue éclairer toutes les lésions dans la statistique de Tanchou comme dans la sienne.

Le fait le plus surprenant, c'est l'apparition des cancers rénaux avant l'âge de dix ans dans plus d'un tiers des cas. La moindre fréquence est de dix à vingt ; elle croît ensuite à partir de quarante ans. Le traumatisme, comme la contusion des lombes, une chute sur le dos, qui ont marqué le début des premiers symptômes de la tumeur, ne peut-il expliquer en partie cette fréquence dans le premier âge? Les inflammations de l'appareil urinaire sont au contraire sans influence appréciable.

Rarement il atteint les deux reins à la fois, tandis que, dans la moitié des cas, il coïncide avec des métastases dans les autres organes, le foie le plus souvent, qu'il existe à gauche ou à droite.

La forme médullaire est la plus fréquente. La substance corticale est la première atteinte en commençant par l'épithélium. On voit ainsi à la périphérie des noyaux cancéreux, à côté des gros réseaux formés par les masses épithéliales, des canalicules urinaires déjà très-volumineux, mais normaux quant au reste. Plusieurs supportent un grand nombre d'excroissances noueuses, dures, où l'épithélium rénal est reconnaissable à sa disposition en palissade.

La cachexie est le seul symptôme constant. Une tumeur douloureuse dans la région rénale, d'un développement rapide sans être toujours continu, solide, inégale, bosselée, peu mobile, rarement fluctuante par points, douloureuse à la pression, accompagnée d'attaques d'hématurie, sont pathognomoniques ; mais ces signes ne se sont présentés ensemble que 22 fois sur 100, la tumeur seule 36, 5 fois et

l'hématurie seule 10, 5. L'un et l'autre signe manquèrent 31 fois sur 100.

La durée moyenne de ce cancer primitif a été de 8 mois chez l'enfant et de 2 ans 1/2 chez l'adulte. Son retentissement fréquent sur d'autres organes et l'hypertrophie concomittante de l'autre rein ne permettent guère de tenter la néphrotomie avec chance de succès.

Chez l'enfant en particulier, dont les observations ne dépassent pas 40, la fréquence de ce cancer serait de 1, 68 pour un million d'individus de tout âge et de tout sexe d'après les calculs de Hennig. Kuhn en rapporte deux nouvéaux cas, observés du début jusqu'à la mort, chez deux petites filles de quatre et de huit ans. Le développement insolite du ventre dans les deux cas en était le symptôme le plus saillant. Une tumeur lisse, arrondie, indolente ou peu douloureuse, immobile, fut rencontrée dans le flanc gauche, qu'elle remplissait, et traversée obliquement par une anse intestinale. Hématurie dans le premier cas, avec fièvre ; absence dans le second, mais il y a un développement pileux anormal, avec pigmentation de la peau. Urines déposant des urates. Mort après trois mois chez l'une et six mois chez l'autre.

L'autopsie montra une tumeur de 3 kilogr. 1/2 chez la première et de 6 kilogr. chez la seconde. Cancer médullaire dans les deux cas, adhérent à la vessie, l'utérus et les ovaires chez la plus âgée. Les deux reins droits étaient sains ; mais un caillot vermiforme de l'uretère et du liquide sanguinolent dans le bassinet chez l'enfant ayant présenté de l'hématurie indiquaient qu'elle provenait de ce côté. C'est ainsi qu'à la suite d'hématuries abondantes, on trouve l'uretère du rein malade complétement oblitéré. Ces hématuries résultent de la tension sanguine causée par la tumeur rénale. C'est pourquoi elles peuvent avoir lieu par le rein sain. (*Deutsch. archiv f. klin. med.* 1875.)

L'auteur fait remonter le début du cancer aux premiers mois de la vie et en explique le développement par des accidents très-divers et tout opposés, présentés par ces petites malades, comme il cherche à expliquer, par des lésions anatomiques, tous les autres phénomènes anormaux observés pendant la vie. De là les contradictions des faits entre eux.

Cancer de la vessie. Un nouveau signe diagnostique, pour M. Fochier, est l'élévation de la vessie. Elle remontait ainsi de 5 à 6 travers de doigt au-dessus des pubis chez un homme de soixante-quatorze ans, atteint d'un cancer de la vessie, bien que le cathétérisme avec une sonde en gomme n'ait amené qu'une petite quantité d'urine. L'autopsie montra un cancer encéphaloïde occupant la base de la vessie surtout à gauche et s'étendant à la prostate et aux corps caverneux.

Courbée en arrière par une ceinture osseuse, la tumeur vésicale ne peut guère se développer qu'en avant, et donner ainsi lieu à une matité plus élevée qu'à l'état normal. Elle remontait jusqu'à l'ombilic, dans un second cas de cancer vésical, bien que ne contenant pas 100 grammes d'urine. C'est donc là un signe facile à constater et qui servira utilement à défaut d'autre. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, février, et *Lyon méd.*, nº 18.)

Cancer de l'utérus. *Localisation.* Comme preuve à cet égard, Fredun (de Breslau) rapporte quelques observations de carcinôme pelvien développé chez des filles vierges ou chez des femmes présentant une atrésie vaginale. Or, les causes d'irritation habituelle ayant fait défaut dans ces cas, le col utérin, siége de prédilection du cancer primitif de l'utérus, était respecté ou n'était envahi que secondairement. C'est autour du rectum ou de la vessie, dans le tissu conjonctif du petit bassin, que le néoplasme avait débuté. Ce n'est donc qu'une preuve par induction, car, si le col a été respecté par défaut d'irritation locale, cette cause directe dans les parties atteintes n'est nullement démontrée. Ces exemples sont ainsi insuffisants en quantité et en qualité pour une pareille démonstration, tandis que les preuves contraires pullulent. (*Archives de Virchow.*)

Injections de chloral. Une métrorrhagie assez abondante restait rebelle à l'emploi du perchlorure de fer et du seigle ergoté, comme les douleurs qui en sont inséparables à l'opium, dans un cas de cancer déjà avancé du col de l'utérus, chez une malade de cinquante-deux ans entrée à l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis, lorsque le docteur Le Roy des Barres prescrivit l'injection vaginale suivante :

℞ Hydrate de chloral	1	gramme.
Teinture d'Eucalyptus	2	—
Eau	500	—

M.

Quoiqu'un peu douloureuse, cette injection arrêta définitivement la métrorrhagie le jour même et enleva la fétidité caractéristique et insupportable à l'écoulement qui s'ensuivit. Les douleurs diminuèrent bientôt en continuant ces injections; l'appétit, le sommeil, les forces, l'embonpoint, qui avaient disparu sous l'influence des progrès du cancer et de ses conséquences, reparurent et cette femme sortait un mois après de l'hôpital se croyant guérie, c'est-à-dire sans douleurs ni écoulement, dormant et mangeant et pouvant reprendre ses occupations. (*Gaz. obstétr.*)

CATARACTE. *Inutilité des pansements occlusifs.* Éclairé par ce fait que bon nombre de blessés par des éclats de toute sorte, ayant déterminé des plaies pénétrantes de la plus haute gravité, arrivent sans bandeau à la consultation plusieurs jours après leur accident et que, d'autre part, des opérés intraitables ne gardent pas leur appareil occlusif sans qu'il en résulte de mauvaises suites, M. Gayet en a conclu que ce bandage n'était pas indispensable. Il ne contribue pas à maintenir l'immobilité de l'œil et l'exact affrontement des lèvres de la plaie, car le spasme des muscles est indépendant de la volonté et se produit davantage sous la contrainte du pansement occlusif qu'en liberté. La gêne de l'exhalation des sécrétions de la conjonctive par ce bandage peut même être préjudiciable. La rétention de ces liquides détermine l'agglutination des cils, la tuméfaction, la rougeur des bords palpébraux. Un véritable écoulement catarrhal peut même en résulter chez certains opérés.

Ces remarques ont conduit M. Gayet à ne plus soumettre ses opérés au bandage occlusif. Il leur fait simplement garder la chambre avec un bandeau flottant sur les yeux et, après dix jours, l'œil opéré est en général capable de recevoir les lunettes convenables et d'être soumis à l'usage de la vision. 93 opérés par la kératotomie ou la sclérotomie linéaire supérieure, soumis à ce traitement simple, ont donné des résultats aussi beaux qu'avec le bandage occlusif. Que ces cataractes fussent dures, franche-

ment séniles, ou qu'elles fussent morbides, à noyaux plus ou moins durs, entourés de couches corticales molles et friables, à iris coriace, à humeur vitrée ramollie avec une opération plus ou moins régulière, les résultats ont été également satisfaisants. Il n'y a pas eu issue de l'humeur vitrée, la cicatrisation n'a pas été entravée une seule fois. Pas une iritis, pas une capsulite, pas une cicatrice cirsoïde de plus que par le bandage par occlusion.

Dans 6 cas où l'extraction a été précédée, accompagnée ou suivie de l'issue de la vitrine, et pour lesquels l'occlusion a été spécialement recommandée, la marche de la cicatrisation a été très-régulière. 3 résultats ont été très-satisfaisants, 3 ont donné des acuïtés très-imparfaites dues à la présence de masses corticales dont l'extraction eût été trop dangereuse. (*Lyon méd.*, n° 17.)

CATARRHE. Catarrhe de l'oreille moyenne. L'emploi d'une solution concentrée de nitrate d'argent, tant vantée par Schwartze, n'a pas donné à Politzer les constants succès annoncés. Plus de la moitié des malades n'ont pas été guéris, même en concentrant cette solution au huitième ou au dixième et en la laissant en contact une ou deux minutes avec la muqueuse, sans la neutraliser avec le sel marin. 8 à 10 instillations n'ont pu amener la guérison, même en chassant préalablement de la caisse l'air et le pus qui peuvent s'y trouver et en se servant d'une petite cuiller en os ou en corne pour faire parvenir plus sûrement la solution caustique. Il est même nécessaire, si la perforation est petite, de fermer le conduit avec le tragus en exerçant une certaine pression. Les écoulements consécutifs à la scarlatine, ou liés à la scrofule et à la tuberculose, sont les plus difficiles à tarir.

En dernier lieu, Politzer a insufflé avec succès la poudre d'alun qu'il laisse en place pendant deux jours. Mais le docteur Lévi a trouvé encore des cas rebelles à cette poudre comme à la solution argentique au cinquième qu'il instille avec un compte-gouttes ou une seringue coudée. Mais il regarde comme une imprudence dangereuse de la laisser en place sans la neutraliser. Une otite suraiguë avec abcès mastoïdien en a été la conséquence. (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, n° 4.)

Dans les cas chroniques et rebelles, M. Symrock perfore le tympan par la cautérisation. — V. ROUGEOLE, TYMPAN.

CATHÉTÉRISME. Dans un cas de rétention d'urine chez un vieillard, Van Bradant soupçonnant, d'après certains symptômes, la présence de calculs dans la vessie, résolut de faire d'une pierre deux coups. Ayant enfoncé le trocart capillaire dans la région hypogastrique, il retira le poinçon et, avec la canule bouchée, il put explorer, dans tous ses méandres, la cavité vésicale. On ne dit pas le résultat. (*Arch. méd. belges.*)

Cathétérisme des uretères. Employé chez la femme par le professeur Simon (de Heidelberg) à l'exemple de Huguier, dans les cas d'exploration digitale de la vessie par la dilatation de l'urèthre. Il l'a expérimenté 17 fois chez 11 femmes et il lui a été possible même, dit-il, d'atteindre le bassinet du rein sans trop de difficultés. Il a donc parcouru tout le trajet de l'uretère, ce qui est difficilement admissible.

L'emploi de ce procédé est spécialement proposé dans les cas de calculs arrêtés dans le trajet des uretères comme il n'est pas rare d'en rencontrer. (*V. année* 1875.) M. W. Newman cite ainsi une suppression mortelle d'urine, pendant cinq jours, par l'oblitération symétrique des deux uretères par un calcul. (*British med. journ.*, janvier.) Mais, dans ce cas même, comment les extraire ou les broyer? En pareil cas, M. le docteur Gigon a proposé, en 1856, d'aller chercher l'uretère, de l'inciser et d'extraire le calcul. (*Union méd.*, février.) Si ce procédé est plus compréhensible, il n'est guère plus applicable, car comment fermer ensuite la plaie de l'uretère et empêcher l'issue de l'urine dans le péritoine? (*Union méd.*, nos 34 et 37.)

Malgré ces obstacles si considérables chez la femme pour arriver à un résultat pratique, des chirurgiens ont cherché à les surmonter chez l'homme. Tuchmann, de Londres, a fait construire des instruments spéciaux à cet effet en indiquant une manœuvre opératoire et des points de repère pour ce cathétérisme urétéral. Et voici le docteur Grünfeld qui ajoute un perfectionnement en employant l'endoscope pour guider dans la recherche des orifices des uretères. La pratique lui a montré qu'on arrive assez facilement à les

découvrir en inclinant l'endoscope à un angle de 30 à 35° de la ligne médiane au côté qui doit être sondé. On les reconnaît à leur forme ovale de haut en bas et de dehors en dedans, à l'ombre formée par le bord supérieur nettement saillant et les plis latéraux. Une dépression latérale de l'endoscope permet d'y glisser la sonde dont la pointe peut ainsi être engagée dans l'uretère à sa lumière. L'endoscope est ensuite retiré. (*Allg. Wiener mediz. Zeitung*, juin.)

Quant aux applications pratiques, aux résultats utiles de ces explorations, ils sont encore à indiquer et à obtenir. Le diagnostic ni la thérapeutique n'en sont éclairés jusqu'ici. Que cette exploration réussisse, c'est un fait curieux sans doute, mais se réduisant à cela comme la plupart de ceux qui émanent des Allemands.

La vessie portée dans l'excavation pelvienne par un prolapsus de l'utérus et comprimée entre cet organe et le pubis peut déterminer la rétention d'urine et rendre le cathétérisme très-difficile. En pareil cas, Cianciosi ne put obtenir que quelques grammes d'urine par le cathétérisme, alors que la rétention durait depuis cinq jours. Une seconde tentative fut aussi vaine. Ce n'est qu'à la troisième que la sonde ayant été introduite, la concavité dirigée en bas, elle glissa latéralement et donna issue à une grande quantité d'urine. La sonde dirigée du côté opposé donna le même résultat ; plus de trois litres furent ainsi extraits.

La rétention par l'accumulation de matières fécales peut produire le même résultat que le prolapsus utérin. Il se forme deux poches latérales par la compression de la vessie au milieu, et c'est là que la sonde doit être dirigée.

CAUSTIQUES. Aucun n'est préférable, selon M. Kœberlé, à l'acide chromique, le nitrate acide de mercure et le fer rouge compris, contre les ulcérations granuleuses du col de l'utérus, parce qu'il ne se diffuse pas et ne produit pas des cicatrices étendues ni vicieuses. V. ULCÈRES.

Cautère permanent. Un ingénieux instrument a été imaginé par M. Paquelin et fabriqué par M. Colin pour cautériser au fer rouge. Afin d'empêcher le fer de se refroidir entre les mains du chirurgien, le capuchon métallique est

creux et communique, à l'aide d'un tube traversant un manche en bois, avec une petite boule de caoutchouc remplie de pétrole. On fait rougir rapidement à la flamme d'une lampe à alcool le godet métallique, et il suffit, pour le maintenir au rouge, de chasser dans son intérieur, en comprimant la boule en caouchouc, la substance hydrocarburée. Cet instrument constitue donc un cautère permanent, ayant toujours une même température, avec lequel on peut pratiquer toutes les opérations nécessaires, sans aucune perte de temps et sans avoir besoin d'allumer un réchaud, ce qui est toujours un objet d'effroi pour les malades. (*Acad. des sciences.*)

CÉPHALOTRIBE. Pour l'empêcher de glisser ou de déraper, comme on dit, M. Tarnier a percé les cuillers pleines du céphalotribe ordinaire avec vis de pression, de trois fenêtres ovalaires placées de distance en distance avec des traverses métalliques entre elles, légèrement concaves, mais faisant saillie sur le fond de la cuiller. Elles sont ainsi assez étroites de haut en bas pour déprimer le cuir chevelu et s'y incruster en quelque sorte. Cette modification, pouvant être faite aux instruments de l'ancien modèle, permet en effet d'espérer par les essais faits à la Maternité qu'ils glisseront beaucoup moins. (*Soc. de chirurgie*, décembre 1875.)

CERVEAU. Les localisations cérébrales sont fondées, dit le professeur Charcot dans ses leçons, sur ce que l'encéphale n'est pas un organe homogène, mais une association, ou mieux une confédération constituée par un certain nombre d'organes divers. A chacun de ces organes se rattachent, physiologiquement, des propriétés, des fonctions, des facultés distinctes ; dans le domaine pathologique, la lésion de chacun d'eux s'accuse par des symptômes particuliers résultant du trouble survenu dans l'exercice de ces propriétés, de ces fonctions spéciales. C'est là, en somme, ce qui rend possible le *diagnostic régional* des affections encéphaliques, cet idéal vers lequel tendent tous les efforts du clinicien.

Pour l'établir sur des bases solides, il faut faire appel tour à tour à l'anatomie normale, humaine ou comparée,

à l'expérimentation physiologique et surtout à l'observation clinique, appuyée sur l'examen méthodique et minutieux des lésions organiques. Dans cette sorte de trinité scientifique, en effet, les documents fournis par la confrontation incessante de l'anatomie pathologique et de la clinique doivent, dans l'espèce, figurer toujours parmi les plus importants et les plus décisifs ; car, si les premiers peuvent mettre souvent sur la voie des localisations, seuls ceux-là permettront, pour ce qui touche à l'homme, de juger en dernier ressort et de fournir la preuve.

Car, il ne faut pas l'oublier, c'est l'homme qu'il s'agit de considérer ; l'homme qui, relativement aux fonctions des centres nerveux supérieurs, s'éloigne si profondément, sur bien des points, des animaux même les plus élevés dans l'échelle. Pour ce qui le concerne, à cet égard, les résultats de l'expérimentation la plus ingénieuse, la mieux conduite, ne peuvent fournir que des présomptions plus ou moins fondées, non pas une démonstration absolue. C'est donc chez l'homme lui-même que la preuve doit être cherchée. Si elle exige plus de temps et de patience que l'expérimentation, elle est plus exacte et plus vraie et la seule dont on puisse tenir compte en dernière analyse. (*Progrès méd.*) On voit combien ce programme s'écarte de la pratique des expérimentateurs à outrance, qui ont fondé la doctrine des localisations motrices à peu près exclusivement sur l'expérimentation.

Localisations motrices. Mieux que les expérimentateurs sur les animaux, c'est encore sur l'homme que M. Charcot cherche à résoudre ce problème en vérifiant, après la mort, si les lésions coïncident avec les troubles, les altérations du mouvement constatées pendant la vie. Le corps strié étant le foyer central et circonscrit des mouvements, où ils se trouvent résumés et comme condensés, il ne peut être lésé sans qu'il s'ensuive un trouble général du mouvement, une hémiplégie absolue, car le point de départ de toutes les fonctions motrices est atteint. Mais il existe aussi, par opposition, des foyers périphériques dont il fixe la zone dans la substance grise des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes. Leur siége est donc aussi étendu, superficiel, étalé, multiple et distinct, dans ce second cas, qu'il est pro-

fond, central, limité et concentré dans le premier. Aussi les lésions périphériques, en ne portant ordinairement que sur un seul département moteur, ne sont accompagnées que de paralysies partielles ; ce n'est qu'en portant sur une vaste étendue, qu'en atteignant l'ensemble des départements moteurs, que l'hémiplégie complète pourrait s'ensuivre, constituée alors par une réunion de monoplégies. Voici quelques faits récents à l'appui de ces interprétations.

I. Une femme de cinquante-sept ans, atteinte d'hémorrhagie cérébrale pour la quatrième fois, est apportée à l'hôpital Lariboisière, service de M. Millart, qui constate une paralysie de tout le côté droit, suivie de contracture partielle deux jours après et qui disparut bientôt. Mort après une semaine. L'autopsie montra un foyer hémorrhagique au-dessus des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, entre leur pied et le lobe paracentral, resté intact. La contracture passagère devait faire admettre ici une lésion périphérique corticale, car, pour que cette association de symptômes dépendît d'une hémorrhagie du corps strié, il eût fallu que le foyer correspondît avec la cavité ventriculaire ou tout au moins par l'affleurement de l'épendyme. (*Soc. de biol.*, 12 février.)

II. Une femme mourut à la Salpétrière, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, n'ayant présenté que de la paralysie faciale avec contracture des membres à gauche. Il n'y eut que des phénomènes légers et passagers de paralysie de ces membres.

A l'autopsie, la lésion occupait à droite toute la troisième circonvolution frontale, le *tiers inférieur* de la circonvolution pariétale ascendante et l'*extrémité inférieure* du pli bipariétal ; elle avait même envahi le lobe occipital. Dans un autre cas, au contraire, la lésion, limitée au pied de la première circonvolution frontale, près de la scissure interhémisphérique, coïncidait avec une hémiplégie complète. C'est ainsi qu'une lésion limitée, mais renfermée tout entière dans une région motrice, peut amener une paralysie plus complète et étendue qu'une altération s'étendant sur une large surface, mais en dehors des régions motrices, comme dans la deuxième observation.

III. Un individu est apporté à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Duplay, avec une plaie pénétrante du crâne. Pen-

dant cinq jours, il ne présente aucun phénomène cérébral et conserve la plus absolue intégrité des fonctions de sensibilité et de mouvement. Mort d'infection purulente. L'autopsie montre à droite une attrition assez profonde, avec épanchement sanguin de la pulpe cérébrale, au niveau de la première circonvolution frontale et limitée à sa substance grise. A gauche, les lésions étaient insignifiantes.

La zone des localisations motrices périphériques ne commençant, d'après M. Charcot, qu'en arrière de la première circonvolution frontale ou dans la quatrième circonvolution frontale ascendante, abstraction faite de la troisième dévolue à l'exercice du langage, il n'y a pas lieu de s'étonner que le mouvement n'ait pas été altéré. (*Idem*, 19 février.)

Cette observation, comparée à celle de M. Richet (*V. année* 1875), montre avec quelle précision les faits de ce genre doivent être recueillis pour être opposés avec succès à la doctrine des localisations. Sans doute, ces résultats cliniques ne sont pas rigoureux comme ceux des expérimentateurs. Ferrier, par exemple, admet autant de centres moteurs distincts et séparés qu'il y a de circonvolutions. Mais on peut arriver bien plus sûrement par cette voie à confirmer ou infirmer cette doctrine.

De ces localisations corticales, l'une d'elles paraît aussi bien établie à M. Charcot que celle de l'aphasie, grâce à une douzaine de bonnes observations cliniques et anatomo-pathologiques. C'est le système paracentral composé de circonvolutions ascendantes et du lobe paracentral qui en est pour ainsi dire l'épanouissement à la partie interne de l'hémisphère. Anatomiquement, la particularité remarquable est l'existence, dans la troisième couche de l'écorce grise, de cellules pyramidales énormes, *cellules géantes*, présentant un prolongement analogue à celui que Deiters a trouvé dans les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. Or, chaque fois que les lésions portent sur les 2/3 supérieurs des circonvolutions ascendantes, on a, du côté opposé, une hémiplégie permanente qui respecte la face, à moins que la lésion ne s'étende au delà du système paracentral. Du reste, dans ce cas, il se produit des dégénérescences secondaires médullaires aussi bien qu'à la suite de lésions des masses centrales.

Jusqu'ici, la contradiction des faits et le défaut de concordance des lésions avec les effets imposent une grande réserve. Outre la question de savoir si ces mouvements partiels et les paralysies qui leur correspondent ne résultent pas d'une action réflexe ou d'un retentissement des lésions corticales sur les centres opto-striés, ce qui est encore indécis, il faut reconnaître que l'étendue des paralysies motrices n'est pas en rapport exact avec celle des lésions, comme les convulsions partielles appelées improprement *Épilepsie partielle*. Une plaque jaune, un petit gliome, un tubercule ou une tumeur quelconque ont servi à M. Charcot et d'autres localisateurs pour expliquer ces mouvements convulsifs partiels, tandis que des foyers hémorrhagiques aussi limités ont déterminé des hémiplégies complètes. Un foyer hémorrhagique circonscrit, localisé à la première circonvolution frontale droite au niveau de sa racine postérieure, constaté par M. Charcot et signalé par M. Lépine, leur a même servi à expliquer les convulsions limitées du membre supérieur gauche. Pourquoi donc ici l'exagération du mouvement plutôt que son abolition si le centre moteur était atteint ? La contradiction est si flagrante que l'esprit de système peut seul accorder ces faits.

Une autre objection, c'est le siége presque exclusif des convulsions partielles aux membres supérieurs, rares à la face et plus rares encore aux membres inférieurs, au moins d'après les observations invoquées, tandis que l'hémiplégie est rarement ainsi localisée et presque toujours généralisée. Le rapport de ces deux symptômes corrélatifs est aussi inconstant. Entre ces convulsions partielles et la contracture musculaire, signes d'une irritation locale des centres moteurs, et la paralysie, signe de leur destruction et qui devrait en être la suite la plus ordinaire, il n'y a que des rapports très-lents. C'est à peine si, dans quelques cas de méningite tuberculeuse ou de tumeurs cérébrales, on a constaté ces contractions musculaires partielles suivies de paralysie. Au contraire, l'hémiplégie s'est manifestée soudainement, comme dans l'apoplexie la plus franche, dans un autre cas de méningite rapporté par M. Pitres. Une hémorrhagie corticale ayant détruit presque tout le sommet de la circonvolution frontale et pariétale ascendante du côté opposé, on vit là un bel exemple de confirmation de la loi des localisations,

mis sans expliquer l'absence de convulsions partielles antérieures. (*Soc. de biol.*, novembre 1875.)

L'exemple suivant a été observé par le docteur Gliky sur un jeune ouvrier de 15 ans, entré à l'hôpital des ouvriers de Moscou. Atteint progressivement de convulsions cloniques dans les membres gauches et la moitié gauche des muscles du cou, de l'abdomen, de la face, et ceux de la langue du même côté, il offrait, dans ces divers groupes de muscles, tantôt de simples secousses, tantôt de véritables convulsions qui, d'abord localisées au membre supérieur, envahissaient bientôt toute la moitié du corps, de manière à constituer une véritable attaque d'épilepsie unilatérale sans perte de connaissance. Ces attaques convulsives laissaient, chaque fois après leur disparition, les groupes musculaires atteints dans un état parétique très-prononcé ; bientôt on constata une véritable paralysie du bras et de la jambe. Maux de tête trè -violents, fixés dans la région pariétale. Le malade fut observé pendant une année entière et succomba ensuite à des accidents thoraciques. A l'autopsie, on trouva un *gliome* occupant exclusivement *la région motrice* de l'écorce cérébrale dans l'hémisphère droit. Le soin avec lequel l'observation a été prise et la localisation si précise de la lésion, représentée par des planches, font tellement bien comprendre toute sa valeur, que tout commentaire devient inutile. (*Deutsch. archiv für klin. medic.*, décembre 1875, et *Progrès méd.*, n° 6.)

Mais la jeune école que dirige M. Charcot sur le terrain de la localisation n'est pas toujours parfaitement disciplinée. Son zèle l'emporte et elle fait souvent ce que le maître reproche à ses adversaires. Elle a ainsi repoussé en masse avec lui les observations négatives collectées par M. Brown-Séquard, sous prétexte de leur insuffisance quant à la précision du siége et l'étendue des lésions. Or voici M. Landouzy qui rapporte toutes les convulsions partielles et les paralysies consécutives observées dans les méningites tuberculeuses, encéphalites, ramollissements, hémorrhagies, contusions, fractures, abcès, tumeurs, à des lésions superficielles de l'écorce grise ou s'étendant à la substance blanche sous-jacente, plutôt que d'y voir le résultat d'excitations des méninges ou de l'encéphale se réfléchissant sur la

moelle allongée, suivant la doctrine classique. Outre 22 observations d'exemples choisis à ce sujet, dont plusieurs inédits, présentées à la Société de chirurgie avec des schémas à l'appui, il en rapporte jusqu'à 104, dans sa thèse inaugurale, pour mieux justifier cette étiologie. Il a même constaté que des dégénérations circonscrites, envahissant les parties qui avaient été le siége de troubles moteurs, coïncidaient avec des lésions destructives dans l'hémisphère opposé. Ces localisations résultant de l'analyse des faits ne sont que régionales et ne permettent pas de retrouver dans la zone atteinte les centres fonctionnels annoncés par la nouvelle doctrine. Mais cela suffit à l'auteur pour présager par la marche, la contemporanéité, le groupement de certains troubles musculaires, à l'invasion de tel ou tel centre fonctionnel et conclure ainsi en sa faveur. Il n'y a donc plus de raison de repousser les faits colligés par M. Brown-Séquard si l'on accepte ceux-ci.

Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales, thèse inaugurale par L. Landouzy; Paris, 1876. Développements de la doctrine des localisations cérébrales basés sur une collection de 104 observations cliniques dont plusieurs sont inédites. Un symptôme important relevé dans ces observations est pourtant contraire à la doctrine des localisations : c'est la déviation de la tête et des yeux qui a échappé fréquemment à la loi de MM. Vulpian et Prévost. Sur les 22 premiers cas relatés, la rotation de la tête est signalée 11 fois du côté de la lésion et 11 fois du côté opposé. Comment expliquer cette contradiction ? Par une hypothèse : l'étendue de la lésion qui amenait ici une simple excitation produirait là une paralysie des centres moteurs des muscles rotateurs de la tête. (*Soc. de biol.*, 26 février.) Que valent de pareils faits en présence de ceux de M. Brown-Séquard ?

Pour avoir raison quand même, les jeunes localisateurs ont recours à bien d'autres moyens. Un homme a une partie de la face grimaçante. C'est un tic involontaire indolent qui se reproduit à chaque instant, surtout quand le malade n'y prête pas attention. Les muscles atteints sont l'orbiculaire des paupières, les muscles de l'œil et les zygomatiques. M. Féré découvre que cet homme a fait une

chute d'un deuxième étage sur la région pariétale du côté droit il y a deux ans. Un enfoncement en est encore la marque. Dès lors il prend des mesures et des plans fictifs et, par la comparaison avec un crâne desséché, il détermine la partie du crâne enfoncée et la région de l'écorce grise y correspondant. O merveille ! c'est précisément la partie postérieure des plis courbes ou, *tout au moins*, une région très-voisine de ce point, c'est-à-dire au niveau du siége même du centre moteur des muscles de l'œil. Et l'on donne cela comme un exemple démonstratif irrécusable. (*Idem.*)

Ce n'est pas que cette méthode d'établir les rapports du crâne et du cerveau soit nouvelle. M. Broca l'a employée dans ses recherches sur le siége de l'aphasie. Il détermina les rapports des lobes frontaux avec le crâne au moyen de fiches enfoncées à travers les parois osseuses. Cette méthode a été employée en Angleterre, en Allemagne, en Russie et c'est ainsi que M. Féré y a recouru lui-même, mais en y attachant une importance exagérée. Voici les procédés qu'il indique pour trouver sur l'homme vivant, à travers les téguments, les rapports des principales parties du cerveau avec le crâne.

Les régions motrices des hémisphères cérébraux se trouvant au voisinage du sillon de Rolando, il en détermine d'abord la situation. Or, lorsque la tête est parfaitement horizontale, son extrémité inférieure est sur une ligne parallèle à l'horizon, tracée de la partie externe de l'arcade sourcillière au point de rencontre avec le plan auriculo-bregmatique, ou plan *vertical* passant par le conduit auditif externe. L'extrémité postérieure et supérieure de ce sillon est en moyenne à 45 mm. chez la femme, en arrière du bregma, et chez l'homme à 47 (ou plus simplement de 4 cent. 1/2 à 5 cent.). Or le bregma est situé au point de rencontre du plan vertical auriculo-bregmatique avec le plan vertical médian antéro-postérieur du crâne. A l'aide de cette notion élémentaire, il est facile de trouver à peu près la disposition sous-osseuse des principaux lobes et de quelques groupes de circonvolutions.

L'utilité de cette donnée expérimentale dans les traumatismes du crâne est de toute évidence. Qu'à la suite d'une chute sur la tête, un blessé présente des troubles persis-

tants dans un des membres supérieurs ou inférieurs, ou dans la face, qu'il soit atteint d'une série d'attaques épileptiques commençant toujours par une de ces parties du corps, en un mot, que les symptômes se localisent définitivement, on devra soupçonner une lésion au voisinage du sillon de Rolando. Sera-ce une simple contusion du cerveau ou une fracture avec enfoncement du crâne et compression de la substance nerveuse par des fragments osseux? Il semble que, d'après la physiologie actuelle, une simple contusion sera plutôt caractérisée par une paralysie localisée, au moins avant la période de réaction inflammatoire.

La persistance d'une contracture localisée, apparue primitivement, et de fréquentes attaques épileptiques pourront faire croire à la compression par un éclat des os du crâne. On saura, dès lors, que le point précis où il faut appliquer une couronne de trépan est au voisinage du sillon de Rolando. Quand une semblable lésion occupe les lobes frontaux proprement dits, d'après la doctrine des localisations, on ne doit pas observer de troubles moteurs, à moins de destructions très-profondes qui atteignent les noyaux centraux.

Ces considérations ne sont plus de simples suppositions théoriques. Parmi les faits les plus capables d'attention, on peut citer un heureux succès de trépanation obtenu par M. Lucas-Championnière. Le malade présenta successivement des paralysies passagères, de la contracture et des attaques épileptiformes dans le membre supérieur pendant plusieurs jours : il guérit après l'application d'une couronne de trépan et l'ablation d'une esquille osseuse qui contusionnait et comprimait le cerveau au voisinage du sillon de Rolando. (*Soc. de chir.*) Guidé par ces notions sur les rapports cérébro-crâniens, M. Broca put tomber à coup sûr sur un abcès intra-cérébral, dont le siége était indiqué. (*Acad. de méd.*, août.)

Il paraît donc probable que le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux trouveront d'importantes indications dans les symptômes fournis par les lésions localisées, lorsque ceux-ci seront généralement connus et qu'on voudra bien leur accorder toute l'importance qu'ils méritent. Telles sont les espérances formulées dans le *Progrès médical* par la jeune école que dirige M. Charcot.

Mais la sensibilité de la dure-mère, découverte par M. Bochefontaine après des expériences sur les chiens anesthésiés, va probablement déranger toutes ces localisations. Il a constaté qu'en grattant légèrement la dure-mère avec une pince au niveau de la partie moyenne de l'un des hémisphères, les paupières de ce côté se ferment aussitôt, la lèvre supérieure et l'oreille correspondante se relèvent ainsi que la narine. Le mouvement se propage aux membres du même côté si l'on insiste, et une plus grande irritation détermine de véritables convulsions générales, mais plus intenses du côté irrité.

Sans décrire tous les détails de ces expériences, il en résulte que l'irritation mécanique de cette membrane se transmet par continuité à plus ou moins d'étendue selon son intensité, et cela sans l'intermédiaire de la substance grise et blanche sous-jacente qui étaient préalablement enlevées. C'est donc là un nouveau problème à résoudre.

Le même expérimentateur a constaté que la faradisation de l'écorce grise du cerveau, même isolément sur les centres moteurs des membres, détermine ordinairement une élévation de la pression sanguine intra-carotidienne, de 14 à 15 centimètres, avec des alternatives d'accélération et de ralentissement du pouls. L'hypersécrétion des glandes sous-maxillaires et parotides est immédiatement décuplée et l'estomac et les intestins, la vessie, la rate et tous les canaux musculeux se contractent fortement. Tous les appareils de la vie organique sont ainsi impressionnés par la faradisation des points appelés *centres moteurs des membres*. (*Acad. des sciences.*)

Contre la doctrine des localisations, M. Luys fait remarquer qu'il n'y a pas d'exemple authentique de lésion cérébrale ayant produit une paralysie directe. Au contraire, il montre les photographies d'exemples d'atrophie des lobes cérébraux des corps striés et des couches optiques observés chez des amputés, depuis quinze à vingt ans, de même que M. Vulpian a observé l'atrophie de la moelle à la suite des amputations. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Exemples : Dans un cas d'amputation de la jambe droite, datant de vingt ans, on trouva ainsi une atrophie de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé ; celle du côté correspondant était moins marquée et transmise par

les fibres commissurales du corps calleux. C'était une anastomose par un pont de nouvelle formation entre la frontale et la pariétale ascendantes, dans un cas de surdité datant de quarante ans. Après une amaurose bilatérale de douze ans, on trouva un ramollissement superficiel au niveau des première et deuxième circonvolutions frontales. Enfin, après un rhumatisme chronique très-prononcé, ayant déterminé une immobilité absolue, la circonvolution pariétale ascendante était plissée. (*Idem,* 8 juillet.)

Que de fractures du crâne avec enfoncement des esquilles, déchirure des méninges, issue de la matière cérébrale, n'ont été suivies d'aucun trouble de la sensibilité ni du mouvement! C'est ainsi qu'à l'occasion d'un large enfoncement du crâne à la région frontale, avec contusion directe des lobes cérébraux antérieurs et enfoncement d'une pointe osseuse dans la pulpe cérébrale, observé à Saint-Louis par M. Duplay, sans aucun trouble cérébral, et relaté par M. Marot; plusieurs faits analogues ont été cités aussitôt par MM. Duret, Renaut et Petit. (*Idem* et *Progrès méd.*, n° 23.)

Si l'écorce cérébrale était le siége de mouvements si variés, comment leur abolition n'eût-elle pas été observée dans ces lésions étendues des lobes antérieurs et postérieurs, alors qu'une simple piqûre suffit à les expliquer?

Les partisans du système des localisations s'empressent ainsi de citer les faits les plus favorables à leur doctrine, sans s'inquiéter de ceux plus nombreux peut-être qui y sont opposés; sinon ils les expliquent par des suppositions et des hypothèses. Une double lésion du lobule du pli courbe, trouvée à l'autopsie d'un malade qui n'avait pas présenté de paralysie, ayant été citée par Samt contre cette doctrine, on préféra admettre, pour avoir raison de ces contradictions, *qu'il faut des conditions spéciales pour déterminer l'hémiplégie et des lésions plus étendues que pour l'épilepsie partielle,* que d'avouer l'incertitude à cet égard. Pourquoi tant se presser d'affirmer cette loi comme si l'on n'était pas certain de l'avenir ? Si elle est réelle, les faits ultérieurs ne manqueront pas de la confirmer maintenant que l'attention est fixée à cet égard. Ses partisans doivent donc avoir confiance en l'avenir. Il n'y a aucune crainte à attendre. Si elle est infirmée, au contraire, ce sera une erreur de plus à ajouter au déficit de la science.

Il convient donc de citer, sans esprit de système ni parti pris, les faits pour et contre aussi bien que les théories qui en résultent. Voici l'exposé des principales ; l'avenir se chargera de prononcer sur leur valeur.

Lésions de la capsule interne. Elles donnent lieu, suivant M. Charcot, à l'hémiplégie motrice vulgaire lorsqu'elles siégent dans les deux tiers antérieurs et à l'hémianesthésie quand elles sont limitées au tiers postérieur. La rareté de celles-ci portant sur le territoire des artères lenticulo-optiques et optiques postérieures externes explique celle de ce dernier phénomène. (*Soc. de biol.*, juillet.)

Le docteur Laborde a confirmé l'effet de ces lésions sur deux chiens en enfonçant à travers le crâne et les couches cérébrales, au niveau de la région de la capsule interne gauche, un fin trocart muni de sa canule. Le trocart étant retiré, une artère de l'animal en expérimentation ou d'un autre est mise en rapport avec la canule, de manière à produire un foyer hémorrhagique. La canule est ensuite retirée et l'animal, tenu en observation, a éprouvé une attaque apoplectiforme avec cri initial, lipothymie, rejet d'urines et de fèces, révulsion et déviation conjuguée des yeux à droite ainsi que de la tête. Après les phénomènes initiaux, l'animal, ayant repris ses sens, présente un entraînement irrésistible, avec incurvation du corps, à droite ; mouvement de manége et chute constante sur le côté et les membres droits. De ce côté, opposé au siége de la lésion expérimentale, la *paralysie motrice* était parfaitement accentuée ; il y avait aussi un certain degré de paralysie de la sensibilité, mais l'hémianesthésie était surtout bien marquée et prédominante à gauche, c'est-à-dire du *côté correspondant* à la lésion. Une hémiplégie faciale droite, c'est-à-dire *croisée*, des mieux caractérisées, se traduisant par une déviation très-persistante de la face à gauche avec entraînement de la langue (lors du lappement pour boire) : écartement et ouverture plus grande de la narine gauche ; anesthésie, à droite, de la peau faciale, des barbes et de la muqueuse du nez ; enfin difficulté et presque impossibilité de la préhension des aliments, dont il faut aider l'introduction dans la bouche de l'animal, et aussi difficulté manifeste de la mastication et de la déglutition.

A ces phénomènes du début, s'ajouta un tremblement convulsif, choréiforme de l'oreille droite, qui dura trois jours, avec double conjonctivite congestive fort intense, et strabisme divergent constitué par la révulsion inférieure et externe du globe oculaire à droite, supérieure et externe à gauche.

Le second chien, soumis à la même épreuve, a présenté une hémiplégie faciale parfaitement caractérisée du côté opposé à la lésion et une hémianesthésie du côté correspondant. (*Idem* et *Tribune méd.*, p. 98.)

Les symptômes prévus se sont donc réalisés dans cette expérience, mais sans que l'autopsie ait révélé le siége exact de la lésion.

Toujours fidèle à sa doctrine des actions réflexes, M. Brown-Séquard réagit de plus en plus énergiquement contre celle des localisations en montrant par de nombreux faits, non-seulement que l'action croisée des centres encéphaliques n'est pas exclusive, que des conducteurs directs, moteurs et sensitifs, existent dans chaque côté du cerveau, mais qu'une lésion organique étant donnée, elle réagit au loin, par les cellules voisines, et peut ainsi causer des troubles du mouvement, de la vue, de la parole, sans rapport direct avec la lésion visible. On en trouve, d'après l'illustre physiologiste, qui n'ont produit aucun trouble direct. C'est ainsi qu'une lésion peut amener indistinctement une paralysie de l'un ou l'autre côté du corps ou trois membres à la fois, sans rapport dans son intensité et son étendue avec celle de la lésion, laquelle disparaît parfois bien que la lésion persiste. La paralysie est quelquefois soudaine, alors que le développement de la lésion est lent ou ancien ; etc., etc. (*Lancet*, janvier et juillet, nº 23.)

Toutes ces propositions renversent les lois physiologiques établies et montrent le peu de solidité du système des localisations cérébrales, renouvelé de Gall. Toujours l'origine allemande. Mais, en voulant détruire ce système par le sien, M. Brown-Séquard a le tort de se servir de faits en masse, qui ne sont pas toujours probants, au lieu de suivre expérimentalement les novateurs sur le terrain limité où ils se placent. C'est le seul moyen de les confondre.

Lésions oculaires. A l'exemple de M. Bouchut examinant

de l'œil avec l'ophthalmoscope, dans les maladies
t chroniques de l'encéphale, et y découvrant le plus
de nouveaux signes, M. Panas l'ayant examiné
as de traumatisme du cerveau, dont 5 suivis d'au-
ı pu s'assurer que la stase de la papille se ren-
ouvent à la suite de la commotion et la contusion
sau, et autres lésions traumatiques du crâne, sans
her à aucune en particulier ni en accuser la gra-
stase papillaire indique simplement la présence
uide épanché dans les méninges. Elle n'entraîne
lleurs absolument de troubles visuels et peut se
er sans aucune diminution de la vue, car elle
bien dépendre, comme l'enseigne Schwalbe, de l'in-
ı du sang ou de la sérosité dans la gaîne du nerf
plutôt que de la lésion cérébrale comme le pré-
l'on Græfe. De là la nécessité d'examiner l'œil dans
cas de traumatisme de la tête. M. Giraud-Teulon a
ces données dans son rapport. (*Acad. de méd.*,
mars.)

la négation du signe différentiel de la contusion
au qui serait précisément cette stase papillaire ou
tranglée puisque, d'après ces autopsies, elle se ren-
le même dans la simple commotion. Le pronostic
ait donc plus être porté non plus d'après ce signe
noscopique.

aux troubles circulatoires du fond de l'œil : l'œdème
ngestion, la thrombose des veines rétiniennes, la
tinite, que M. Bouchut regarde comme des signes
nement séreux ou sanguin, les nouvelles observa-
nt pas confirmé ces signes, car la stase papillaire
e défaut, pendant la vie, dans les épanchements et
ns les plus graves rencontrées après la mort, tandis
signe a toujours été suivi de la présence d'un
éro-sanguinolent entre le nerf optique et sa gaîne.
néd., n° 34.)

du mouvement des paupières. Il avait été confondu
par les localisateurs avec celui des muscles de la
la deuxième circonvolution frontale à son union
circonvolution frontale ascendante, sinon sur le pli
d'après Carville et Duret. M. Grasset cherche à pré-

ciser davantage, d'après un fait clinique observé à l'hôpital Saint-Eloi sur un garçon de vingt-six ans, apporté le 5 mars au soir sans connaissance. Le diagnostic méningite fut porté d'après les symptômes et, dès le lendemain soir, il y avait un commencement de paralysie de la paupière supérieure gauche qui empêchait le malade d'ouvrir l'œil comme le droit. Elle augmenta jusqu'à la mort, survenue le 7.

L'autopsie montre les lésions de la méningite diffuse de la convexité des deux hémisphères; mais on distingue du côté droit une large tache d'un rouge sale, d'un centimètre et demi carré, à l'extrémité de la scissure parallèle sans en atteindre le fond même ni toucher le pli courbe. Elle est comme à cheval sur les deux circonvolutions qui la bordent avec congestion plus forte et exsudats blanchâtres abondants, au milieu d'un lacis vasculaire très-hypérémié. Ce serait là le siége précis du mouvement des paupières. (*Progrès méd.*, nº 22.)

L'autre fait présenté à l'appui de ce siége est ce malade de M. Féré, dont il a déjà été question, offrant des mouvements convulsifs de la face du côté gauche, notamment dans l'orbiculaire des paupières et les muscles zygomatiques, survenus cinq ans après une chute faite d'un deuxième étage sur la tête, le choc ayant porté principalement sur le pariétal droit. Une dépression de 2 centimètres carrés sur la partie postérieure du pariétal droit en offre encore la trace. Elle est limitée par une ligne horizontale passant par le sommet de l'occipital et le diamètre frontal transverse minimum et environ un centimètre en arrière d'une ligne verticale, passant sur la limite postérieure de l'apophyse mastoïde. Or la comparaison du siége de cette lésion avec les crânes dessinant les circonvolutions, d'après le procédé des chevilles, montre qu'elle correspond à la partie postérieure du pli courbe et il a été vérifié en enfonçant des chevilles sur des cadavres dans le point désigné. C'est précisément le pli courbe que Ferrier a indiqué comme le centre moteur des muscles de l'œil. (*Soc. de biol.*, février.)

Centre moteur du bras. A l'appui du siége fixé par Ferrier, M. Raymond a observé le fait suivant à l'hôpital Beaujon. Un homme de vingt-deux ans, entré en janvier dans le service de M. Gubler pour une tuberculose pulmo-

commençante, fut pris, environ un mois après, de
de tête assez violents avec vomissements de ses repas
nt persisté jusqu'à là mort. De vives douleurs dans le
droit et l'hypochondre de ce côté se montrèrent si-
nément, puis ce bras devint lourd, paralysé à certains
nts, tandis qu'il le soulevait dans d'autres. Cette pa-
e intermittente avec sensibilité intacte a persisté jus-
a mort.

plication de ces accidents se trouva, à l'autopsie, dans
mas de granulations tuberculeuses, au niveau des cir-
lutions marginale, antérieure et postérieure du lobe
e du cerveau, avec épaississement et adhérence des
ges infiltrées de pus et de tubercules. Le détache-
ne put s'en faire sans enlever la substance corticale;
de méningite le long des divisions superficielles de la
nne; pas d'autre lésion cérébrale. (*Idem*, avril.)

tre trophique. A l'exemple de ceux qui admettent
entres moteurs, M. Joffroy croit à l'existence d'un
trophique spécial dans le lobe postérieur du cer-
L'escharre fessière, donnée par M. Charcot comme
trophique d'une altération cérébrale, ayant manqué
sur 28 observations de ce genre et s'étant montrée
ntraire constante dans 3 cas de ramollissement limité
nt dans le lobe occipital, il croit que là est le centre
ique. Ses raisons sont : une marche et des particula-
analogues dans les trois cas, c'est-à-dire l'évolution
e de l'escharre, ses dimensions considérables et la
s'ensuivant malgré une amélioration notable du mou-
nt. (V. Hémiplégie.) La relation anatomo-pathologique
bservations de M. Charcot où l'escharre fessière a man-
ût été une preuve à administrer dans ce cas. L'auteur
pas donnée. (*Archiv. de méd.*, janvier.) Cette nou-
localisation se borne donc à une simple théorie étayée
faits et que le quatrième viendra peut-être infirmer.
e courant est de ce côté et chacun s'y porte. A côté
entres moteurs qui sont loin d'être démontrés, des
s psychiques toujours contestés, voici les centres tro-
es mis en avant. Et les jeunes positivistes reprochent
nciens leurs théories et se targuent de ne rien avancer
puyés solidement sur des faits ! Que l'on compare

avec la doctrine de Gall et l'on aura la différence des deux époques.

En effet, chez une paralytique générale frappée d'apoplexie, M. Magnan a vu se développer, dès le lendemain et le surlendemain, des escharres sur les deux fesses, escharres qui gagnèrent rapidement en étendue et en profondeur. A l'autopsie, on constata une prédominance très-nette des lésions dans les lobes antérieurs.

M. Hanot n'a pas non plus observé la coïncidence des troubles trophiques dans la paralysie générale avec les lésions des lobes occipitaux, qui du reste sont l'exception. (*Soc. de biologie.*)

Le cerveau et ses fonctions, par J. Luys, médecin de l'hospice de la Salpêtrière; un volume grand in-8°, avec figures dans le texte, XIXe vol. de la bibliothèque scientifique internationale, deuxième édition. Paris, *librairie Germer Baillière.*

Résumé succinct du système anatomo-physiologique de l'auteur sur l'encéphale. On sait que, par un procédé tout spécial d'études histologiques du cerveau, déjà décrit dans ses *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*, couronnées par l'Académie des sciences, M. Luys a été conduit à ramener les parties si nombreuses et diverses contenues dans la boîte crânienne, et dont la description est si longue et minutieuse dans les classiques, à la simplicité de la moelle épinière. Après la substance grise ou écorce cérébrale formée de petites cellules superficielles sous-méningées, siége de la sensibilité, et de cellules pyramidales plus volumineuses et plus profondes, siége de la motricité, il n'y a plus à considérer comme parties centrales essentielles que les couches optiques, ou plutôt ses noyaux correspondant à la partie postérieure ou excito-motrice de la moelle, et le corps strié, composé de cellules, placé antérieurement, centre exclusivement moteur comme la partie antérieure de la moelle. Toute la substance blanche intermédiaire est formée de tubes en connexion avec la terminaison des appendices des grosses cellules motrices, et de fibres blanches commissurantes et convergentes représentant des filets nerveux moteurs et sensitifs de la moelle, qui vont rejoindre les parties centrales et les mettre en communication directe avec la périphérie, l'écorce cérébrale.

Ces deux noyaux centraux de substance grise jouent ainsi un rôle prépondérant dans les phénomènes de l'activité cérébrale avec une action toute différente. Les couches optiques, réceptacle de toutes les impressions sensitivo-motrices, les distribuent suivant les ganglions atteints, à tel ou tel organe : nez, yeux, palais, oreilles, c'est-à-dire aux différents sens. Le corps strié, centre exclusif des impressions sensitives qu'il reçoit à la fois des cellules sous-méningées du cervelet et de la moelle avec lesquels il est en communication, lui est encore supérieur dans son rôle. Voici comment l'auteur résume leurs fonctions.

« Les éléments des couches optiques épurent, transforment, par leur action métabolique propre, les ébranlements irradiés du dehors, qu'elles lancent, en quelque sorte, sous une forme *spiritualisée*, vers les différentes régions de la substance corticale. Ceux du corps strié, au contraire, ont une influence inverse sur les incitations parties de ces mêmes régions de la substance corticale. Ils les absorbent, les condensent, les *matérialisent* par leur intervention propre et, sous une forme nouvelle, après les avoir amplifiées et incorporées de plus en plus avec l'organisme, les projettent vers les différents noyaux moteurs de l'axe spinal, où elles deviennent ainsi une des stimulations multiples destinées à mettre en jeu la fibre musculaire. » (P. 45.)

En acceptant les localisations motrices récemment découvertes et en s'en servant même à l'appui de son système, comme de tous les autres faits démontrés, on voit que M. Luys les interprète autrement. Il n'est pas localisateur étroit, limité comme ses contemporains. Ses idées, ses conceptions sont plus larges et étendues ; il est plus généralisateur, encyclopédiste et philosophe, tout en restant sur le terrain solide de l'anatomie histologique. Aussi toute cette première partie de son livre sera d'un grand intérêt pour les médecins qui y puiseront de nouvelles connaissances. Ces descriptions histologiques, aidées des planches qui les éclairent, seront surtout pleines d'attraction pour les savants, aussi bien philosophes que théologiens, qui pourront ainsi interpréter plus exactement les phénomènes psychiques, décrits dans la seconde partie.

Malgré leur complexité apparente, les propriétés des éléments nerveux sont ramenés par M. Luys à une simplicité

égale à ces éléments; les fonctions sont aussi simples que les organes. Elles se réduisent à trois. La sensibilité en est la principale, dont la douleur physique et morale est la manifestation ; la phosphorescence organique servant à conserver, à emmagasiner les incitations reçues et contribuant ainsi à former la mémoire, les souvenirs. Enfin l'automatisme exprime les réactions spontanées de la cellule vivante, comme les rêves. C'est à montrer la genèse, l'évolution, la graduation et la propagation de ces propriétés, à en analyser les manifestations normales, les troubles, les perturbations fonctionnelles, toujours rendues sensibles et appréciables par des exemples, qu'est consacrée la deuxième partie.

La troisième, traitant de l'évolution des processus de l'activité cérébrale, est beaucoup plus abstraite. C'est l'examen du développement et du mode d'action des forces vives des éléments nerveux, se combinant les uns avec les autres et réagissant ensemble et réciproquement sur les divers actes de la vie mentale. Elle n'est pas moins intéressante que les précédentes et les gens du monde y trouveront peut-être plus d'attrait, car, en soumettant des actes immatériels comme l'attention, la personnalité, les idées, les impressions sensorielles, le jugement, la volonté, à des cellules et des fibres nerveuses, l'auteur éveille une vive attention. D'autant plus qu'il écrit toujours dans un style simple et clair, débarrassé des subtilités de la technologie scientifique et empreint des sentiments les plus élevés. Ici, du moins, l'homme ne descend pas du singe et si toutes les explications des actes de l'activité cérébrale sont basées comme la sensibilité et la motricité sur la substance, la matière même, celle-ci est parfois si ténue et subtile, même avec le grossissement du microscope, qu'elle échappe à la vue. On s'élève ainsi en plein vitalisme, quoique l'auteur s'en défende, ou du moins dans des théories, des hypothèses équivalentes. C'est le caractère spécial de ce livre de concilier les deux doctrines opposées en en soutenant une seule. On s'explique ainsi, avec ses qualités intrinsèques, l'épuisement rapide de la première édition et le succès qui attend celle-ci.

CERVELET. La perte des mouvements d'horizontalité des deux yeux, avec persistance des mouvements d'éléva-

d'abaissement, serait, d'après un cas observé par
as, un nouveau signe d'affection du cervelet. Cet
ti implique une paralysie de la troisième paire des
tés et des deux muscles droits internes de l'œil, s'ob-
chez un malade accusant de l'hémicranie gauche,
s dans les membres, large dilatation des pupilles,
alysie de la motilité ni de la sensibilité et avec inté-
e l'intelligence. A l'autopsie, le lobe gauche du
a été trouvé le siége, au niveau du vermis infe-
une méningo-encéphalite avec ramollissement de
grise, adhérences et épanchement d'une petite
de liquide. Il semble résulter de ce fait, au point
physiologique, que le cervelet préside à la coordi-
des mouvements synergiques des yeux, comme à
s autres mouvements en général. C'est se presser
p de conclure et il faudrait au moins attendre de
s observations.

URGIE. *Éléments de pathologie chirurgicale*, de
continués par M. J. Péan, chirurgien de l'hôpital
uis, un vol. grand in-8° avec 185 planches inter-
ans le texte, première partie du tome IV. Paris,
Germer Baillière.

iteur de la publication de cette deuxième édition
on explication dans l'étendue d'un pareil ouvrage
in que commande le nom du maître, aussi bien
éputation du continuateur et ses nombreuses occu-
pratiques. L'étendue et la diversité des matières exi-
aujourd'hui autant de collaborateurs spéciaux qu'il
pécialités en chirurgie ; aucun encyclopédiste, fût-ce
au, ne saurait y suffire sans l'aide de spécialistes
le se tenir au courant de la branche de la chi-
u'ils cultivent particulièrement.

première partie du quatrième volume est con-
xclusivement aux maladies de l'oreille et des yeux.
aussi complète que les traités spéciaux sur ces
cialités, moins les observations cliniques rappor-
'appui des préceptes et qui en font le remplis-
e volume. Un spécialiste a à faire valoir ses idées,
ries, ses doctrines, ses procédés et ses succès, et
ela qu'il consacre ces gros volumes faits pour ef-

frayer l'étudiant et le modeste praticien. La science est dépouillée ici de tous ces artifices personnels intéressés. Tout ce qui est nécessaire, indispensable, y est indiqué succinctement, clairement, et rien de plus. L'intérêt général y remplace l'intérêt particulier.

Manuel de pathologie chirurgicale, par A. Jamain et M. F. Terrier, un volume in-12 très-compact de 800 pages, 3e édition, *librairie Germer Baillière.*

Le succès de cet ouvrage, constaté par une troisième édition devenue nécessaire en quelques années, atteste assez haut son mérite pour rendre tout éloge superflu. La collaboration de M. Terrier, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, membre des Sociétés de chirurgie et d'anthropologie, ne peut qu'ajouter à sa valeur. Obligé de se tenir au courant des travaux récents et des progrès de la chirurgie auxquels il se trouve mêlé par la nécessité des concours, il sait les exposer avec précision, clarté, exactitude et fidélité. Esprit pratique, il a su éviter aussi l'écueil des fastidieuses descriptions histologiques et microscopiques dont il ne s'est servi, au besoin, que pour justifier les distinctions, les divisions pathologiques, éclairer la pathogénie et le diagnostic.

Ce volume est le premier de cette nouvelle édition que les progrès et les nombreuses additions de la chirurgie ont obligé de revoir et de transformer presque totalement. Elle comptera ainsi trois volumes au lieu de deux.

Celui-ci contient, dans une première partie, qui en est comme l'introduction, toutes les maladies générales ou locales qui peuvent se développer dans toutes les parties du corps, comme l'inflammation, les plaies, les ulcères, les tumeurs, les effets du chaud et du froid, les lésions qui en sont la conséquence.

Une deuxième partie traite des maladies et affections locales suivant les systèmes organiques. Celles du tissu cellulaire, des bourses séreuses, de la peau, des artères, des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, des nerfs, des muscles, des tendons et des os, sont ainsi successivement décrites, sinon indiquées. Et cela d'après un plan, un ordre uniforme, qui a l'avantage de mettre en relief les analogies et les différences des maladies, des lé-

nt les divers organes sont frappés sous l'action des
auses : la contusion, la compression, le traumatisme
iple. La précision simple et claire de l'exposition,
n des matières, rendent ces analogies et ces diffé-
ncore plus saisissantes. Un mot, une indication
parfois à les marquer.
nouvelle édition réunit ainsi les acquisitions les
ntes à celles qui sont depuis longtemps consa-
s moindres détails y sont signalés d'un trait, d'un
mme il convient à un manuel qui permet toujours
rir aux sources par une bibliographie étendue. On
r ainsi la certitude, en le consultant, de trouver
le renseignement cherché, et la division simple et
des matières rend ces recherches très-faciles.

de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital
is, par M. le docteur Péan, un vol. in-8° de
s avec 40 figures dans le texte et 4 planches colo-
ris, *librairie Germer Baillière*.
de ce gros volume n'est guère justifié, car, sauf
écourtées, sur des sujets très-limités et plus ou
uveaux, qui se trouvent au commencement et en
les 179 premières pages, tout le reste y est étran-
t un recueil incohérent d'observations cliniques
tes ou plutôt la statistique avec preuves à l'appui
es cas qui ont passé sous les yeux de l'auteur,
r sa main habile, dans ces dernières années. Plus
eur pourrait donc être déçu en l'achetant sur cette
iquette si nous n'y ajoutions cette longue addition :
° *des observations recueillies dans le service de l'au-*
janvier 1874 *au* 1er *juin* 1875; 2° *de la statistique*
tions de gastrotomie pratiquées par lui de 1864 *à*
de considérations sur la forcipressure publiées en
l'achètera ainsi en connaissance de cause.
vrage se distingue essentiellement par sa contex-
ous ceux qui l'ont précédé. Au lieu d'un ensei-
magistral, dogmatique ou didactique sur des
oisis, des faits triés, c'est une simple exposition
observés, traités et opérés par l'auteur. Ils sont
ici suivant les organes, plus loin suivant les ré-
en défalquant tels ou tels d'après la convenance

de l'habile chirurgien. Du chapitre III, *Maladies des os*, par exemple, comprenant les fractures de toutes sortes, les périostites et ostéites, la carie, la nécrose et d'autres *observations d'un intérêt spécial,* sont distraites les nécroses et exostoses syphilitiques, et l'on retrouve à la fin, dans les maladies des régions, une carie du calcanéum avec évidement. De même des opérations de gastrotomie, au nombre de 221, dont l'auteur fait une spécialité séparée des maladies des organes génito-urinaires. Ses divisions sont donc purement arbitraires.

Quelques considérations précèdent ou suivent ces observations en masse ou en liste, au nombre de 592, sans celles de gastrotomie, soit plus de 1000. Un résumé au point de vue opératoire s'en trouve même à la fin. Si le but de M. Péan est atteint en mettant ainsi sous les yeux du lecteur les preuves et les succès de sa grande pratique chirurgicale, il reste à savoir quel profit celui-ci en retirera, non plus que la science. De quel intérêt sont, par exemple, ces 13 observations d'hydrocèle que rien ne distingue, pas plus que tant d'autres, de ce qui se voit et se fait tous les jours? Elles manquent de base au point de vue statistique pour en tirer des conclusions. Elles n'ont donc de valeur qu'au point de vue des succès de l'auteur. Est-ce suffisant pour justifier cette innovation et la faire accepter? L'avenir en répondra.

Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris (Répertoire de thérapeutique chirurgicale), par le docteur P. Gillette, chirurgien des hôpitaux, ancien prosecteur de la Faculté. In-8° avec figures intercalées dans le texte, Paris.

Chirurgie antiseptique, principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister, par le docteur Just. Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux; in-8° de 156 pages, avec figures, Paris.

Surgery of the arteries (Chirurgie des artères), leçons Lettsomiennes, faites à la Société médicale de Londres en 1875, par Maunder, chirurgien de l'hôpital de Londres. La première de ces leçons traite des anévrysmes avec le tableau de 27 ligatures des principales artères; la seconde traite des blessures, des hémorrhagies et de la ligature an-

que ; la troisième, de la ligature d'une artère princi-
e rendant dans une partie enflammée comme moyen
eutique d'arrêter l'inflammation. Cinq observations,
eux succès seulement, ne sont guère faits pour encou-
cette opération d'origine américaine.

ORAL. Son usage vulgaire, de plus en plus ré-
semble un véritable danger au docteur Bonne-
. Son administration journalière doit, au contraire,
urveillée de très-près, surtout chez les personnes
es de maladies du cœur. Une dame dans ces condi-
yant pris 3 grammes de chloral, de sa propre ini-
tomba foudroyée. Un célibataire de quarante ans,
de névralgies diverses, de crampes d'estomac, et qui
volontiers deux à quatre cuillerées le soir de sirop
oral de Follet, pour rappeler le sommeil, en aug-
graduellement la dose au point d'en prendre un jour
uillerées d'un coup. Le matin, son domestique le
sans connaissance, en résolution complète, la cornée
t insensible, la face très-rouge et brûlante, le nez
et glacé, insensible à tous les excitants. Heureuse-
les vomissements arrivèrent et ce n'est qu'après des
nergiques et prolongés que le malade fut sauvé.
est des consommateurs de chloral comme de l'i-
, du fumeur d'opium, ou de ceux qui emploient la
ine, dont la passion va grandissant chaque jour et
n ne saurai tplus distraire. (*Revue méd. de Toulouse.*)
ez MORPHINISME.
abus du chloral, par le docteur Bonnemaison; bro-
le 12 pages in-8°. Toulouse.

rait la même action, selon le docteur Garipuy, sur le
. terre que contre le mal de mer, c'est-à-dire sur
iosyncrasie spéciale qui ne permet pas à certaines
es de supporter les oscillations de la voiture ni du
de fer sans éprouver des tournoiements de tête et
aissements. Une dame de soixante-huit ans qui n'a-
nais pu faire le moindre voyage en voiture, en che-
fer et sur les bateaux à vapeur, sans être prise de
ments, n'eut qu'à prendre quelques grammes de
pour en être exempte. (*Revue méd. de Toulouse,* août.)

Action sur le cœur. Par des recherches expérimentales faites à l'école zoojiatrice de Pise, MM. Tizzoni et Fogliata ont confirmé la qualité purement hypnotique du chloral et le danger de l'administrer comme anesthésique, soit à l'intérieur, soit dans les veines, à cause des quantités variables et incalculables nécessaires à cet effet. Outre son action coagulante, l'eau et l'air introduits dans le système circulatoire par les injections veineuses ont aussi leur danger. Son action directe ou indirecte sur la fibre musculaire en fait un poison du cœur. Il en détermine la contraction tétanique en systole appliqué directement, comme sur les muscles volontaires et l'iris. Au contraire, par la circulation générale, il excite l'extensibilité de la fibre musculaire du cœur et l'arrête en diastole forcée, non passivement et par paralysie, mais activement comme l'entend Luciani. Et la preuve qu'il a une action élective directe sur la fibre musculaire, c'est que les animaux curarisés présentent les mêmes effets. Le système nerveux n'en est donc pas l'intermédiaire. Il n'est atteint que secondairement et ses troubles paraissent dus aux désordres circulatoires consécutifs à l'altération des fonctions cardiaques.

La douche froide sur la tête et l'épine dorsale a pourtant été trouvée préférable aux injections de strychnine, quinine, atropine, curare et même la tête en bas, contre les accidents produits par le chloral, ce qui tend à montrer, à posteriori, l'influence prédominante du système nerveux sur les accidents. (*Rivista clin. di Bologna*, décembre 1875.)

L'importance de ces expériences est le mode d'action du chloral sur la fibre musculaire des animaux curarisés. La confirmation de ce fait résoudrait l'action encore controversée de cet agent. — V. Rage.

Chez un chien atteint d'endo-péricardite, M. Bochefontaine a confirmé cette action dangereuse par la mort subite qui est survenue. (*Soc. de biol.*, 1er avril.)

M. Chouppe a constaté souvent, à la suite de son ingestion, des troubles gastriques prononcés qui disparaissaient en en cessant l'emploi. De là sa contre-indication quand les voies digestives sont en mauvais état.

Dans un empoisonnement avec 24 grammes de chloral cristallisé, une demi-heure après avoir mangé une demi-livre

de pain, un homme de trente-cinq ans est trouvé endormi par le docteur Levinstein, la face rouge, veines du cou gonflées, respiration profonde, pouls à 100. Une demi-heure après, la face est violette, le pouls à 92, la température à 39, 5, la respiration inégale.

La respiration artificielle et la faradisation n'empêchent pas le pouls de faiblir, ainsi que le choc du cœur avec pâleur de la face, température à 33, on injecte 3 milligrammes de strychnine qui amènent des contractions. Mais il faut renouveler ce moyen pour que l'effet soit durable et revenir sur la faradisation pour tirer le malade du sommeil. (*Viertelj. für gen. med.*)

Emplâtre de chloral. Ce nouveau mode d'emploi est dû au docteur Solari de Marseille. Sur un emplâtre de poix de Bourgogne, on saupoudre 1 à 2 grammes de chloral pulvérisé par décimètre carré sans l'incorporer dans l'emplâtre. On en recouvre la partie douloureuse et, en l'enlevant de 24 à 48 heures après, on trouve la surface cutanée recouverte de petites bulles ou vésicules remplies de sérosité limpide. On les ponctionne et l'on recouvre ensuite avec un papier de soie cératé.

Les douleurs névralgiques superficielles, lumbagos, pleurodynie, névralgie intercostale, sont rapidement guéris par ce révulsif calmant. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

C'est comme vésicant que M. Peyraud a eu l'idée de l'employer en l'incorporant à la gomme adragante, d'après la formule suivante :

℞ Chloral		100	grammes.
Eau	} ãã	5	—
Glycérine			
Gomme adragante		30	—

Mais des expériences faites dans les hôpitaux de Bordeaux n'ont donné que des résultats incomplets. Sur 19 applications prolongées, il n'y a eu que rubéfaction 15 fois et vésication limitée et incomplète dans les autres. La douleur, quoique moins vive qu'avec la cantharide, est réelle, et l'action en est toute différente. S'il n'y a pas à redouter le cantharidisme vésico-rénal, il n'y a pas à profiter de son influence sédative sur la circulation et la fièvre.

Il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à cette substitution. (*Bordeaux méd.*, n° 34.)

CHORÉE. Elle s'allie parfois au goître exophthalmique. Le professeur Gagnon (de Clermont-Ferrand) l'a constatée chez deux jeunes filles. Ce serait pour lui un effet réflexe généralisé de la lésion cardiaque. V. GOITRE.

Lavements de chloral. Ils ont paru des plus efficaces dans un cas très-grave, chez une fille de vingt-deux ans, prise tout à coup d'un tremblement général le 1er novembre 1874. Entrée à l'hôpital Beaujon, elle est soumise successivemen au bromure de potassium, au tartre stibié, aux toniques, au bromure de camphre, à l'opium, à l'arséniate de soude, à la strychnine, aux pulvérisations d'éther, sans aucune amélioration ; les injections d'éserine seules en amènent momentanément.

Ces divers traitements continués infructueusement pendant quatre mois, et souvent jusqu'à produire des accidents divers, déterminent la malade à sortir et à rentrer, le 19 mars 1875, à Lariboisière, service de M. Guyot, où les douches froides, les ventouses sur la nuque, le valérianate d'atropine sont successivement employés sans succès. Un séjour au Vésinet ne fait qu'accroître le mal. Revenue à Lariboisière, elle est soumise aux injections hypodermiques morphinées, graduellement croissantes, depuis un centigramme matin et soir jusqu'à 16 centigrammes en trois fois, additionnées de sirop de chloral à l'intérieur, sans autre phénomène qu'un sommeil continu et une inspiration aboyante. Les mouvements cessent tout à coup, le 9 juillet, comme ils avaient déjà cessé spontanément à l'apparition des règles, mais bientôt ils reparaissent sans que l'augmentation de la morphine les diminue. C'est alors que, de guerre lasse, des lavements avec trois grammes de chloral, puis de quatre, sont donnés matin et soir à partir du 1er août. Quinze jours après, les mouvements avaient complétement disparu et la guérison s'était maintenue le 1er décembre suivant.

Il ne paraît pas que ce succès spécial soit dû à la forme particulière des mouvements qui était celle de raboter pour le bras et de frotter pour le pied, mais bien plutôt à une

excitation des organes génitaux calmée par le chloral. (*Gaz. hebdom.*, n° 50, 1875.)

Hyosciamine. De même qu'il l'avait trouvée efficace dans d'autres névroses convulsives (*V. année* 1872), M. Oulmont l'a administrée chez des choréïques, à la dose d'un milligramme en pilule matin et soir, en augmentant d'une pilule chaque jour jusqu'à ce qu'il se manifestât de l'amélioration ou quelques effets de saturation, comme sécheresse de la gorge, dilatation des pupilles. Trois femmes de vingt à trente-six ans, devenues choréïques au début ou dans le cours d'une grossesse, en ont éprouvé une notable amélioration du huitième au neuvième jour ; 8 à 10 pilules ou milligrammes étaient donc pris chaque jour. En continuant à augmenter cette dose, si aucun phénomène toxique n'a lieu, l'amélioration se prononce davantage et semble avoir plus de chance de durée.

Deux autres jeunes filles en ont aussi été améliorées. L'une chloro-anémique avait eu la chorée dans son enfance et la récidive s'était manifestée à la suite d'une vive frayeur. Pas de trace d'affection cardiaque. La cinquième était atteinte d'hémichorée gauche. Mais, dans ces deux cas, le traitement a dû se prolonger longtemps sans que l'effet de l'hyosciamine fût bien sensible. (*Acad. de méd.*, 1875.)

CHROMATES. La fabrication de ces sels, depuis la découverte du chrôme par Vauquelin en 1797, constitue une industrie importante et précieuse pour la teinture des étoffes et des papiers peints. De là les nombreuses fabriques élevées partout où des gisements de fer chrômé se rencontrent, comme en Sibérie, en Suède, en Amérique, en France et en Angleterre. Mais, de bonne heure aussi, les vapeurs nitreuses qui s'en dégagent les ont fait ranger parmi les établissements insalubres, et l'attention s'est bientôt trouvée éveillée par les accidents observés chez les ouvriers. Dès 1851, ils étaient signalés en France par M. Chevallier, et par d'autres observateurs les années suivantes. En se livrant à de nouvelles recherches, chacun de leur côté, MM. Delpech et Hillairet, du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, en ont surtout montré le caractère par de nombreuses observations dont voici le résumé.

L'action irritante et escharotique des chromates, surtout s'ils sont acides, détermine rapidement des ulcérations perforantes de la peau en contact avec la poudre, aux mains et aux pieds de préférence, ainsi que la perforation de la cloison du nez. Voici la marche de ces accidents.

A la moindre écorchure, éraillure, coupure et même piqûre de la peau des mains, les ouvriers, qui ont à les tremper dans les cuves ou à manipuler la poudre, éprouvent aussitôt une douleur vive, persistante, qui arrache des cris et prive de sommeil. Le pourtour rougit, s'épaissit et se boursoufle, et, si le travail persiste, une eschare se forme, s'élargit avec ulcération dont le caractère spécial est de s'étendre en profondeur avec des bourgeons charnus et saillants au centre. Un liquide séro-purulent s'en écoule. La cicatrisation en est très-lente et longtemps visible.

Ces ulcérations se forment spontanément le plus souvent sur la face dorsale, surtout dans les plis articulaires et sur les côtés des doigts.

Partout où les poussières de chromates peuvent tomber et sont en contact immédiat avec la peau, dans les chaussures, à la ceinture, et partout où les doigts peuvent les déposer, la peau ne tarde pas à s'irriter et à s'ulcérer avec les mêmes caractères. C'est ainsi que, en étant aspirées par les narines, elles déterminent bientôt des accidents spéciaux. Ce sont d'abord de simples picotements dans le nez suivis d'éternuements de plus en plus fréquents, puis un écoulement abondant. Des saignements de nez surviennent ensuite, plus ou moins rares et abondants, suivant la constitution des malades. Il y a en même temps de la gêne, de la cuisson, comme dans l'enchifrènement, avec gonflement et rougeur du nez. L'écoulement s'épaissit, prend une couleur gris-verdâtre avec des mucosités plus épaisses mêlées de stries de sang, mais sans puanteur et avec conservation de l'odorat.

L'examen des fosses nasales à cette période, et alors que les accidents durent depuis six à huit mois, montre ordinairement, à un centimètre et demi à deux de hauteur de la cloison des narines, une petite ouverture de un à deux centimètres de diamètre, irrégulièrement arrondie. Le cartilage est parfois même détruit, mais sans altération de la forme extérieure du nez.

Un sifflement nasal durant l'inspiration, une voix nasonnée et une sensation pénible en inspirant de l'air frais, sont les effets et les signes de cette perforation du nez qui oblige la plupart des ouvriers à cesser leurs travaux.

En raison d'une prédisposition particulière, sans doute, quelques ouvriers chromateurs sont pris d'étouffements, d'oppression, de suffocation même, de toux et d'expectoration. D'autres se plaignent de céphalalgie, et quelques-uns ont présenté des ulcérations perforantes de l'arrière-gorge. Mais ce sont là des accidents rares. Il est remarquable que les priseurs de tabac ne sont pas atteints de la perforation nasale ou résistent plus longtemps ; ce qui a fait proposer l'inspiration d'une poudre astringente comme prophylactique de cette rhinonécrosie.

Et la preuve que la poussière des chromates est bien la cause unique de ces accidents, c'est que des chiens, des chats, hôtes habituels de l'usine, parcourant les ateliers et les cours où les eaux de lavage s'écoulaient librement, ont présenté les mêmes ulcérations à leurs pattes. Les chevaux occupés aux travaux de l'usine les ont de même présentées, comme des observations très-minutieuses le constatent. Il ne s'agit donc que de s'en prémunir en ne travaillant pas dans ces fabriques, car les plus grandes précautions ne réussissent pas toujours à préserver de ces graves accidents.

Mémoire sur les accidents auxquels sont soumis les ouvriers employés à la fabrication des chromates, par MM. Delpech et Hillairet ; un volume de 118 pages in-8°. Paris ; extrait des *Annales d'hygiène et de méd. légale*, janvier.

Chromate de plomb. *Empoisonnement saturnin.* Une nouvelle industrie a pris une extension considérable pour obvier à la cherté et la mauvaise qualité des allumettes phosphoriques : c'est la fabrication de cordons jaune orangé, servant de mèche à un ingénieux système de briquet s'allumant instantanément. Le fumeur peut ainsi avoir du feu à volonté, mais il ne sait pas que les pauvres ouvrières s'empoisonnent en lui confectionnant ces mèches qui servent à son amusement. Et cependant, c'est peut-être sa femme, sa fille, sa sœur, qui, moyennant le salaire de deux à trois francs pour onze heures de travail continu, sont les

victimes innocentes de cette industrie malsaine, dangereuse, qui occupe aujourd'hui des centaines de femmes, tant l'article de la mèche jaune à briquet est demandé, surtout par les fumeurs les moins aisés.

Le coton servant à sa confection contient en effet plus du cinquième de son poids de chromate de plomb, poison très-actif, qui lui communique sa couleur orange et aide à sa combustion. Avant d'être livré aux fabricants, il subit une double préparation. De qualité très-inférieure, il est trempé d'abord dans une solution d'acétate de plomb, puis dans une lessive de chromate de potasse. C'est ainsi que, séché et teint, il est livré en écheveaux bruts pour fabriquer spécialement les mèches à briquet.

Il s'agit d'abord de le dévider, puis de le mettre en cordons pour former l'*âme* des mèches, qui sont recouvertes, enveloppées, par un tissage particulier. On plie, on roule ensuite ces mèches pour être livrées au commerce et à la consommation.

On comprend que, par ces manipulations successives, qu'elles soient faites par la main, comme le dévidage, ou à la vapeur, il se dégage du coton sec, ainsi imprégné de chromate de plomb, des poussières abondantes de ce poison. Non-seulement les ouvrières en sont couvertes, mais aussi l'atelier où elles travaillent, malgré une ventilation active. Aussi, tandis qu'aucun accident toxique n'est signalé dans les ateliers de teinture, ils sont très-nombreux dans ceux de la fabrication des mèches, en raison des poussières abondantes qui, voltigeant dans l'atmosphère, pénètrent par la bouche et le nez, et sont absorbées dans les voies respiratoires.

Telle est la fréquence et la gravité des accidents, résultant de cette industrie malsaine, que 4 femmes de dix-sept à cinquante-sept ans et un homme de vingt-neuf ans, employés dans la même fabrique de mèches à briquet, se sont présentés à l'hôpital Saint-Antoine, du 20 au 30 novembre 1875, avec des symptômes identiques plus ou moins prononcés d'intoxication saturnine, d'empoisonnement par le plomb. Les observations ont été recueillies par M. Chenet, interne. Une autre fille de vingt-et-un ans est entrée simultanément à l'hôpital de la Charité et une de ses camarades à l'hôpital Lariboisière, pour les mêmes accidents. Il est probable que

d'autres faits se sont produits ailleurs, car ces malades ont été unanimes à déclarer que plusieurs de leurs camarades éprouvaient des accidents analogues.

En voici le tableau : Après un malaise vague, indéterminé, avec diminution de l'appétit et des forces, des douleurs plus ou moins intenses se déclarent dans le ventre, surtout au creux de l'estomac. Elles se changent bientôt en véritables coliques ou tranchées si douloureuses que les malades jettent des cris, se tordent et se roulent sans pouvoir rester en repos ni dormir. Il y a alors mal de tête, perte complète de l'appétit, langue chargée, constipation opiniâtre, sans ballonnement du ventre, qui est plutôt aplati et douloureux à la pression ; nausées continuelles, vomissements verdâtres des boissons et des aliments ; douleurs des membres, surtout des articulations, faiblesse générale, amaigrissement, mais sans fièvre, pas de fréquence du pouls ni de chaleur de la peau. Teint pâle, cireux et légèrement jaunâtre.

A ces traits généraux, qui peuvent suffire au médecin pour diagnostiquer la nature du mal, se joint le signe spécifique, le liseré gingival. Regardez les dents et, tranchant sur la pâleur des gencives, vous apercevrez, surtout à la mâchoire inférieure, un liseré d'un bleu noirâtre remontant entre la gencive et la dent, entre les dents elles-mêmes. C'est le plomb qui s'est amassé là, le véritable corps du délit. Ce signe est caractéristique de l'empoisonnement saturnin, et les malades peuvent eux-mêmes reconnaître la nature de leurs coliques en se regardant la bouche dans une glace.

Ces signes sont plus ou moins marqués, suivant la quantité de plomb absorbée et la constitution des malades. Certains peintres qui emploient diverses préparations de plomb n'en ont jamais éprouvé les coliques, tandis que d'autres sont obligés de renoncer à leur profession par la récidive fréquente de ces coliques. Les ouvrières les plus exposées dans la fabrication des mèches à briquet sont les dévideuses de coton, obligées d'avoir la figure presque sur la bobine, où il s'enroule. Celles qui en dévident le plus gros et le plus commun sont obligées de se placer un mouchoir devant la bouche et le nez pour se garantir de la poussière abondante qui s'en dégage. Elles sont ordinairement frap-

pées les premières avec des symptômes plus accentués, mais aucune autre ouvrière n'en est absolument à l'abri.

Cette industrie est donc essentiellement malsaine et dangereuse. Une ventilation active et puissante ne met même pas à l'abri de sa funeste influence. Si propres et soigneuses que soient les ouvrières, elles ne peuvent se soustraire à l'absorption des poussières de chromate de plomb, pendant les 12 heures qu'elles sont renfermées dans les ateliers, les dévideuses en particulier. Ce n'est pas en exécutant leur travail à la vapeur, comme on l'a proposé, que les accidents disparaîtraient, ils ne seraient que diminués, atténués, car tous les autres détails de la fabrication de la mèche dégagent également du poison.

Ces cordons-mèches à briquet, tels qu'ils se trouvent dans le commerce, ont donné en effet à l'analyse, faite par M. Léger, interne en pharmacie à l'hôpital de la Charité, 37 centigrammes de sulfate de plomb, correspondant à 25 centigrammes de plomb métallique, pour deux grammes seulement du cordon-mèche soumis à l'analyse. C'est donc 12 grammes 50 c. pour 100 de plomb métallique, ou 19 grammes 50 de chromate de plomb. Le mètre du cordon, pesant en général 12 grammes, contient ainsi 1 gr. 50 de plomb métallique ou 2 grammes 34 de chromate de plomb.

Devant ces quantités si considérables de substance toxique, une réforme radicale est absolument nécessaire dans la fabrication de ce produit. Il faut, comme l'a dit M. Sevestre, remplacer le sel de plomb par un corps inoffensif, sinon ranger cette industrie parmi les plus insalubres. C'est au Conseil d'hygiène et de salubrité d'aviser, et, maintenant que l'attention est éveillée, l'autorité doit faire son devoir sans retard.

Il est à remarquer qu'il n'est pas fait mention de l'aménorrhée chez ces malades, symptôme signalé comme primitif dans l'empoisonnement saturnin. V. EMPOISONNEMENT SATURNIN.

Jambons de Cincinnati. On expédie d'Amérique en France une grande quantité de jambons enveloppés dans des toiles imprégnées d'une substance colorante jaune avec une étiquette portant, comme indication de provenance, Cincinnati.

C'est du chromate de plomb (jaune de chrome), qui sert à colorer ces toiles. Bien que ces jambons en soient isolés par une feuille de papier, quelques parcelles de ce jaune de chrome pourraient facilement se détacher et se mêler aux matières alimentaires que vendent les marchands. C'est, dans tous les cas, une contravention à l'ordonnance de police du 15 juin 1862, qui prohibe l'emploi de papiers ou toiles contenant des substances toxiques, lorsque ces papiers ou toiles sont destinés à envelopper des aliments.

CIRRHOSE. Loin d'être toujours primitive, comme on le croyait il y a peu d'années, elle est souvent secondaire et symptomatique d'obstacles à la circulation de la bile. Le docteur Ducastel en rapporte un nouvel exemple chez un gantier de cinquante-huit ans, présentant de l'ictère avec hépatite, déterminée par la présence d'un calcul trouvé à l'autopsie dans le canal cholédoque. Et rappelant tous les cas analogues, il démontre que l'inflammation ne se limite pas aux canaux ou conduits parcourus par ces obstacles, qu'elle s'étend autour du tissu conjonctif où il s'ensuit une véritable cirrhose périlobulaire. Elle se produit de même par l'oblitération prolongée que provoquent les tumeurs cancéreuses. Il y a donc lieu de rechercher les signes cliniques propres à établir le diagnostic différentiel de ces deux espèces de cirrhoses, en raison surtout de l'indication différente du traitement à instituer. (*Arch. de médecine*, septembre.)

Ayant fait boire à trois malades cirrhotiques un litre de tisane sucrée avec 400 grammes de glycose, M. Lépine a observé aussitôt une glycosurie qui a duré de trois à six jours. Rien de semblable ne s'est montré dans le cas de cancer du foie. L'apparition de la glycosurie comme signe de cirrhose, découvert par M. Colrat (V. *année* 1875), se trouve ainsi confirmé et pourra être, à l'avenir, une précieuse ressource dans les cas douteux.

Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie, par le docteur V. Hanot, lauréat de la Faculté.

CLOU DE BISKRA. *Étiologie.* Tant que les doctrines vitalistes ont eu cours, on a trouvé les causes de cette sin-

gulière affection cutanée, endémique dans cette oasis, qui se montre d'octobre en avril, dans l'action de l'eau potable, des dattes, du climat, des poussières, etc. Sa ressemblance avec l'ulcère du Mozambique, le bouton d'Alep, le clou de Laghouât, de Delhi et d'autres, aussi bien que son existence dans d'autres oasis, en faisant rejeter ces causes locales, ont conduit M. Weber, médecin militaire, après un séjour de quatre ans à Biskra, à chercher une nouvelle étiologie de cette affection spéciale.

Si la forme clinique n'a pas varié en montrant les engorgements ganglionnaires et l'érysipèle comme ses complications ordinaires, l'emploi des méthodes nouvelles d'examen lui a donné nécesairement des résultats en rapport avec les doctrines régnantes. Au microscope, M. Kelsch a vu le corps muqueux de l'épiderme s'épaissir par l'augmentation de volume des cellules notablement gonflées, hypertrophiées et en voie de prolifération. Des globules blancs en résultent et quelques globules rouges libres se montrent dans des espaces libres, des vacuoles qui s'agrandissent à mesure que l'on s'approche du foyer. Des cellules analogues aux globules de pus les remplissent et des vaisseaux embryonnaires les traversent et font communiquer ces loges avec le derme en suppuration, de même que dans les pustules de la variole et de la morve.

Cet état histologique des tissus malades, tout en montrant le siége de la maladie, ne rendait pas compte de sa nature ni de ses causes. Le docteur Vandyke Carter, de Bombay, venu à Biskra pour l'étudier, tout en confirmant cette hyperplasie du tissu muqueux épidermique avec infiltration globulaire et formation de vaisseaux, comme dans les tumeurs de granulation, le lupus et les syphilidermes, est encore allé plus loin. Sur deux pièces, il a constaté, dans les tissus environnants, de nombreuses particules, très-petites, orangées, en groupes compacts autour des glandes sudoripares. Il a rencontré en outre, *d'une manière certaine et sans doute possible*, un cryptogame dermophite dans les petits canaux lymphatiques de la peau, sous l'aspect de petits filaments entrelacés émergeant d'une agglomération de micrococcus, munis de spores ou conidies à leurs extrémités libres, dont la fructification donne lieu à la couleur orangée.

L'inoculabilité de ce clou a été d'ailleurs obtenue par

M. Weber. Le liquide séro-purulent n'a donné que des résultats incertains chez quatre personnes sur sept inoculées; mais la poudre des croûtes, inoculée à trois personnes, a constamment déterminé des clous semblables, comme la relation des faits en est la preuve.

Ce serait donc à la fois une affection parasitaire et inoculable, ce qui s'accorde parfaitement avec les doctrines régnantes. (*Rec. des mém. de méd. et chirurg. milit.*, janvier.)

COEUR. Un précepte de bonne clinique, selon le docteur Fedeli de Pise, serait d'en commencer l'examen, dans le cas de cardiopathie douteuse, par l'auscultation au lieu de la percussion qui fatigue inutilement les malades et exige plus de temps du médecin sans pouvoir en indiquer le volume avec autant de précision. Les contradictions entre les plus célèbres cardiopathes sur la mensuration plessimétrique en sont la preuve. La percussion ne peut jamais que confirmer les résultats de l'auscultation, tandis que celle-ci corrige parfois les résultats de celle-là. (*Lo Sperimentale, juillet.*)

Bruit de frottement péricardique. C'est à tort, selon le professeur de Renzi, qu'on l'attribue toujours à la péricardite, sinon à l'absence de liquide dans le péricarde. L'ayant constaté avec intensité sur presque toute la surface cardiaque d'un garçon de vingt-sept ans, entré à la clinique médicale de Gênes, le 20 janvier, pour une hypertrophie avec dilatation du cœur, l'autopsie, faite le 12 février, montra l'absence de péricardite et d'adhérence du péricarde, avec un peu plus de liquide qu'à l'ordinaire dans l'intérieur. Une grosse plaque athéromateuse existait sur la superficie antérieure du ventricule droit avec une nodosité comme tuberculeuse adjacente, constituée par une artère athéromateuse formant angle et soulevant la surface du péricarde. L'athérome des artères coronaires et de l'aorte était d'ailleurs manifeste, mais les valvules aortiques et mitrales étaient intactes. L'épaisseur de dix-neuf millim. des parois des ventricules et leur dilatation ont imprimé les mêmes lésions aux artères coronaires parsemées de plaques calcaires. La gauche a deux centimètres de diamètre et la droite dix-neuf millim. D'où il conclut qu'elles étaient le siége du bruit de frot-

tement perçu, à l'exception des plaques du ventricule droit qui ne peut y donner lieu. C'est donc une nouvelle hypothèse à vérifier. (*La Salute,* n° 12.)

COLIQUES DE PLOMB. *Étiologie.* Leur existence chez les créoles blancs et noirs de la Martinique, démontrée par de nouvelles observations dues à M. Béranger-Féraud, contre l'opinion des médecins qui les en croyaient exempts pour admettre la colique sèche ou végétale, a de nouveau remis cette distinction sur le tapis à l'Académie de médecine. Les pays chauds étaient surtout réputés pour donner lieu à cette colique spéciale chez nos marins, notamment dans nos colonies du Sénégal et du Gabon, les indigènes exceptés.

Dès 1854, un observateur plus attentif, A. Lefebvre, fit justice de ces distinctions arbitraires en constatant la similitude des symptômes de toutes ces prétendues coliques tropicales avec celles de plomb. Il en trouva les causes dans le plomb contenu souvent accidentellement dans l'eau et les aliments dont les marins et les troupes de terre de la marine faisaient usage. Leur augmentation parmi les chauffeurs et les mécaniciens, depuis l'emploi des machines à vapeur, en décela surtout la nature. Le minium, la litharge, la céruse, entrant dans la construction des machines ou servant à leur entretien, permirent de l'expliquer.

Il suffit, en effet, d'apporter de profondes réformes hygiéniques dans ce sens pour voir ces coliques diminuer, au point qu'elles sont presque entièrement disparues aujourd'hui, aussi bien parmi les marins français que parmi les créoles et les noirs, ainsi que M. Leroy de Méricourt l'a établi statistiquement. Et quant à la prétendue immunité des noirs à la colique de plomb, les faits, en en démontrant l'inanité, ont mis en doute la réalité de la colique sèche ou végétale. Seul, M. Rufz s'est levé pour en soutenir l'existence, mais sans apporter aucun fait à l'appui, tandis que, dans la plupart des cas, une enquête minutieuse des aliments, des boissons et des objets qui ont servi à les préparer, à les contenir ou les servir, les professions, les vêtements même, a suffi pour en trouver la cause dans le plomb. L'usage de l'eau ayant séjourné dans des vases ou des conduits en plomb, du vin ou du cidre sucrés avec des

sels de plomb, des cuillères, fourchettes, ou vases culinaires contenant du plomb, certains fards ou cosmétiques, poudres, pommades, eaux servant à la toilette, ou d'autres circonstances encore plus obscures, en expliquent ordinairement l'origine, comme le montrent les faits suivants :

Une famille de créoles arrivait en France fuyant son île où sévissait une maladie décimant surtout les jeunes enfants qui mouraient dans les convulsions. Elle en avait déjà perdu un et les deux jeunes filles survivantes étaient très-souffrantes ainsi que la mère. Le père seul était indemne. Voici les accidents constatés par M. le professeur Gubler :

Paralysie incomplète des extenseurs du médius et de l'annulaire à chaque main chez la mère ; sa fille aînée, âgée de seize ans, profondément anémique, était affectée de coliques violentes revenant par accès, sans complication du côté du système moteur. La plus jeune, au contraire, âgée de dix ans, était frappée d'une paralysie avancée des extenseurs aux quatre membres. Toutes les trois offraient d'ailleurs une notable analgésie de la face dorsale des avant-bras.

Malgré l'absence du liseré gingival, cet ensemble symptomatique fit naturellement penser à l'empoisonnement par le plomb, et les trois malades étaient soumises à l'usage des toniques, des bains sulfureux et de l'électricité, lorsqu'une circonstance fortuite mit en évidence le corps du délit. Un orgeolet étant survenu à la plus jeune malade, elle appliqua sur sa paupière, la moitié d'un œuf cuit dur, selon la coutume de son pays. Quel ne fut pas l'étonnement du médecin, deux jours après, de trouver l'œil malade entouré d'un cercle noir! La malade raconta que cette coloration était apparue à la suite de l'application du blanc d'œuf, qu'elle disparaissait en partie par le lavage pour se reproduire plus intense chaque fois que le topique restait en contact avec les paupières.

Ce fut un trait de lumière pour M. Gubler. Il s'agissait bien évidemment d'un sulfure métallique formé par le soufre contenu dans le blanc d'œuf et le plomb contenu dans la poudre de riz dont se servaient ces dames. Elle provenait de la colonie où elle était très-employée. Il suffit d'en soupeser le sac pour qu'il fût facile de reconnaître, à sa pesanteur relativement considérable, que cette

poudre contenait autre chose que de l'amidon. L'analyse, faite par M. Chevallier, y décela en effet environ 20 pour 100 de céruse.

La nature du mal était ainsi révélée par l'usage journalier de cette poudre. L'endémie de la colonie s'expliquait de même, et il suffit d'avertir le service de santé de la marine pour que, en interdisant l'usage de cette poudre, la maladie cessa bientôt. Il s'agissait tout simplement d'un empoisonnement lent au plomb, comme une preuve éclatante que les noirs, nègres, mulâtres ou quarterons n'y sont pas plus à l'abri que les blancs. (*Acad. de médecine,* avril.)

Un exemple encore plus obscur a été observé par le docteur Rouxeau. Un cordier de vingt-six ans, ayant eu des soi-disant coliques sèches pendant la guerre, est repris, en août 1875, de douleurs violentes du ventre avec vomissements verdâtres, *porracés* et constipation opiniâtre, sans fièvre. Le médecin le trouva dans un bain de siége, ratatiné ou pelotonné sur lui-même. Face pâle, yeux cernés, lèvres décolorées, dents fuligineuses, les gencives cernées d'un large liseré ardoisé caractéristique. Ventre aplati, déprimé, peau fraîche et sèche.

Le médecin reconnaît une colique de plomb, mais sans pouvoir en découvrir la cause. Il la traite néanmoins et la guérit assez rapidement.

Retourné à sa corderie, le malade ne tarda pas à retomber. Dès le 1er octobre, il était repris des mêmes accidents. De plus, la main droite était notablement plus faible que la gauche et les extenseurs n'avaient qu'une action très-imparfaite. Le plomb en était donc bien la cause ; mais comment le découvrir dans le chanvre et des cordages ? Ce n'est qu'à des demandes réitérées, s'il n'entrait *aucune substance métallique* dans son travail, que le malade finit par déclarer qu'il faisait depuis longtemps des câbles avec du fil de fer galvanisé, c'est-à-dire revêtu d'une couche de zinc dans lequel il entre une certaine quantité de plomb pour le rendre plus liant, plus adhérent au fer. C'était le corps du délit et c'est ainsi que le malheureux ouvrier s'empoisonnait lentement. (*Soc. de méd. de Nantes.*)

Ces faits montrent avec quelle persévérance il faut rechercher l'agent toxique. Dès que le plomb apparaît sur les gencives et coïncide avec des coliques spéciales ou la

faiblesse des muscles pour serrer la main, on est toujours certain, en cherchant bien, de le trouver.

Les jambons, dits de Cincinnati, expédiés en grande quantité d'Amérique en France, peuvent ainsi déterminer des accidents saturnins par l'action du chromate de plomb qui colore en jaune les toiles qui les enveloppent. V. CHROMATES.

Deux cas de coliques de plomb ont été constatés par le docteur Marten, chez des appareilleurs, dans des conditions spéciales. Les tuyaux à gaz des maisons particulières sont revêtus intérieurement d'un enduit de céruse. Avant d'allumer le gaz la première fois, les ouvriers appareilleurs aspirent l'air atmosphérique en appliquant leur bouche sur l'orifice du conduit. De là absorption et coliques. (*Viertel. Jahr.* janvier.)

Diagnostic. Un moyen simple de l'établir sûrement dans les empoisonnements saturnins, avant le développement des autres symptômes, est de soumettre à l'examen du microscope, selon le docteur Cras, les premières traces plombiques des lèvres, des joues ou des gencives. Un maître commis de la marine s'étant présenté avec faiblesse des membres inférieurs, inappétence, douleurs lombaires, œdème des jambes, il suffit de réséquer une très-petite portion de la gencive, de la placer dans une goutte de glycérine, sous le champ du microscope, pour apercevoir de petites anses vasculaires, remplies de granulations de sulfure de plomb. D'où il conclut que le plomb se trouve dans l'intérieur des vaisseaux et que le pointillé noirâtre du liseré gingival est caractéristique de l'intoxication. (*Archiv. de méd. navale*, mai.)

C'est dans un pouls dur et vibrant, donnant au sphygmographe un tracé analogue à celui du rétrécissement aortique : pulsations longues avec deux rebondissements au sommet et ligne descendante très-longue, que le docteur Teissier fils place ce diagnostic. Il l'a observé sur des phthisiques prenant de l'acétate de plomb, de même que dans la colique des peintres. La fibre musculaire des artères est, comme celle de l'intestin et du canal cholédoque, prise d'un spasme qui, en augmentant la tension artérielle, rend le pouls dicrote, comme Stoll l'avait déjà observé. (*Assoc. française.*)

C'est l'aménorrhée primitive chez les femmes, suivant d'autres. — V. EMPOISONNEMENT SATURNIN.

CONGRÈS. Il ne s'agit pas des congrès politiques chantés par Béranger :

Vite un congrès,
Deux, trois congrès,
Quatre congrès, cinq congrès, six congrès.

Le temps de ceux-là est heureusement passé; et voici que commence celui des congrès scientifiques et médicaux qui leur ont succédé. Leur rôle est déjà si grand et s'accroît tellement, d'année en année, par les communications qui y sont faites et les résolutions qui y sont prises; ils ont tant d'importance dans les préoccupations médicales, qu'il est indispensable de tenir compte de leurs actes et de consacrer une place spéciale pour en rendre compte et indiquer le siége et le programme des prochains congrès. En fournissant ainsi aux divers savants, de tous les lieux et de tous les pays, l'occasion de se réunir, se connaître, se rapprocher pour s'instruire et s'estimer, ces assises annuelles exercent la plus heureuse influence sur les progrès des sciences en entretenant une salutaire émulation entre ses disciples et en contribuant à sa diffusion, sa propagation.

C'est en Angleterre, encore plus qu'en Allemagne, que les Congrès scientifiques ont pris naissance et se sont propagés. La *British Association* pour l'avancement des sciences, dont l'origine remonte presque à un demi-siècle, puis l'Association médicale, en ont été les premiers fondements et en sont encore les plus fermes appuis. Les *addresses* ou discours qui y sont prononcés par les présidents de section sur la médecine, la chirurgie, l'hygiène, y jouent un grand rôle et en sont les principaux attraits.

En France, le Congrès médical de 1845 fut un des plus mémorables par les espérances qu'il donna au corps médical pour la réforme et le perfectionnement de ses institutions. Mais ce ne fut qu'un éclair, un éblouissement. Rien de durable n'en sortit, sinon l'*Union médicale* dont les patrons et les actionnaires avaient été les initiateurs.

Celui de 1867, qui eut lieu à Paris lors de l'Exposition universelle, eut plus de retentissement et de succès en s'ouvrant à tous les médecins étrangers. S'il a présenté des

lacunes, c'est que les institutions professionnelles, en variant dans chaque contrée, ne peuvent pas, comme la science, être discutées dans un Congrès international. (Voy. *Année* 1867.) Précédé de quelques Congrès locaux sans portée, à Rouen, Lyon, Bordeaux, qui ne servaient guère que de réclames aux spécialistes, il montra surtout l'utilité des Congrès internationaux et le profit qu'on en pouvait tirer. Il fut ainsi décidé qu'il se renouvellerait tous les deux ans dans la capitale d'une des contrées de l'Europe. Il eut ainsi lieu en Italie, en Angleterre ; mais la guerre est venue en interrompre le cours et en changer le siége. Le dernier a eu lieu à Bruxelles en 1875, et Genève a été fixée comme le siége de la 5e session en 1877. Destiné à être purement scientifique, il s'ouvrira le dimanche 9 septembre et durera une semaine sous les auspices du Conseil fédéral suisse. Un comité d'organisation, sous la présidence du professeur Vogt, est chargé de recevoir toutes les communications qui doivent être adressées au docteur Prévost, secrétaire général à Genève.

La fondation de l'*Association française pour l'avancement des sciences* en 1872 a changé tout cela. Par sa division en sections, elle a fait une place naturelle à la médecine, qui en forme l'une des principales, en appelant dans son sein l'élite des médecins, comme l'ont montré les quatre sessions annuelles qui ont déjà eu lieu. De là la suppression des Congrès médicaux qui se trouvent ainsi absorbés avec avantage dans ces assemblées annuelles de l'Association. La dernière session qui a eu lieu à Clermont-Ferrand, sous la présidence de M. Dumas, a brillé surtout d'un vif éclat par l'importance des discours prononcés et le nombre des communications qui y ont été faites et dont l'analyse se trouve ici aux mots corrrespondants. Les excursions, dans les environs si pittoresques de cette ancienne capitale de l'Auvergne, n'ont pas été moins intéressantes. La prospérité croissante de cette Association est affirmée par l'augmentation de ses membres et de ses revenus qui s'élèvent à plus de cinquante mille francs.

Congrès anglais. Ils se divisent, comme en France, en scientifiques et médicaux. Mais ceux de la *British medical Association*, bien différents des assemblées annuelles de

l'*Association générale des médecins de France* qui s'occupe exclusivement des questions professionnelles, traitent des questions scientifiques. Ses sessions, qui étaient autrefois semestrielles, sont devenues annuelles à leur grand avantage. Un nombre beaucoup plus considérable de membres y assistent. Celui de cette année, qui a eu lieu à Sheffield au mois d'août, a réuni une grande affluence de médecins et de savants, attirés surtout par la présence de sir Robert Christison, président sortant. M. Martin de Bartolomé, qui la présidait, a traité dans son *address* de l'hygiène des grandes villes manufacturières dont Sheffield est le type. La plupart des autres travaux ont roulé sur des sujets identiques dans leurs rapports avec la médecine, notamment des mauvais effets de l'inhalation des poussières sur les poumons.

Cette vaste association, qui rayonne actuellement sur tout le Royaume-Uni, compte 7,000 médecins parmi ses membres. Mais elle gagnerait encore plus d'importance en se confondant, comme en France, avec l'Association pour l'avancement des sciences.

Congrès médical italien. Celui de 1876 a eu lieu du 18 au 21 septembre à Turin, où plus de 700 médecins nationaux et étrangers se sont trouvés réunis, sous la présidence du professeur Pacchiotti. Dans son discours d'ouverture, unanimement applaudi, il a stigmatisé énergiquement, et en très-bon français, les médecins qui, reniant les principes d'une saine observation clinique, voudraient subordonner la science et la pratique aux études histologiques.

La réunion de l'*Associazione medica italiana*, fondée à Turin en 1850 par Pacchiotti, et celle des *medici condotti* ou médecins communaux, créée à Forli en 1874 par le docteur Casati, qui ont tenu simultanément leurs assemblées générales, ont fait de ce Congrès un véritable événement scientifique et professionnel. La rénovation vitale de l'Italie médicale s'y est affirmée avec éclat par les travaux importants qui y ont été soumis et les principes qu'il a consacrés. La petite église germanisée dont M. Bizzozzero est le grand prêtre et qui prêche qu'en fait d'études médicales, l'Italie est la Béotie du monde, parce qu'elle ne donne pas aux recherches histologiques le rôle prédominant et exclusif que

es leur accordent, aurait pu se convaincre à Turin
en dehors de sa secte et de l'Allemagne, de savants
rs et d'éminents cliniciens qui sont plus utiles au
lade que dans le laboratoire.
seil municipal a voulu perpétuer le souvenir du
n votant deux médailles en or de 500 francs cha-

nt été mises à la disposition de la commission
pour être décernées au prochain Congrès, qui aura
e en 1878, aux auteurs des deux meilleurs mémoi-
s *aliénés* et les *enfants-trouvés dans leurs rapports*
ortalité infantile. Un autre prix de 1,000 francs
rdé à l'auteur de la meilleure *description d'un type*
nde école de médecine modèle théorique et pratique,
besoins de la science moderne, avec les labora-
nphithéâtres et cliniques nécessaires.
ion en Congrès de ces deux grandes associations,
t aux besoins de la science et de la profession,
er heureusement sur les destinées médicales de
lles ont résolu de continuer leurs rapports confra-
se réunissant à Milan l'année prochaine.

gique, ce sont des Congrès internationaux d'hy-
de sauvetage qui ont été institués, depuis quelques
avec un grand succès. Tous les gouvernements tien-
hiber là les perfectionnements et les inventions de
nosocomiale et militaire, et à traiter toutes les
d'hygiène publique et privée. Il a eu lieu cette
27 septembre au 4 octobre. L'exposition a été
nte et divisée par sections suivant les pays.

sie aussi a eu ses Congrès, mais il n'en est venu
étail à notre connaissance que ce fait flatteur pour
: c'est que la langue française a été adoptée à l'u-
M. Virchow étant présent, comme la langue offi-
r servir aux discussions.

s américain. Profitant de l'Exposition internatio-
hiladelphie, les médecins américains se sont réunis
ès, du 4 au 12 septembre, sous la présidence du
r Gross, en y conviant les médecins de tous les

pays. Il a eu lieu à l'Université de Pensylvanie avec une grande affluence des notabilités médicales de tous les États de l'Union et des diverses sociétés médicales et quelques représentants européens. Parmi les membres du bureau figuraient cinq européens d'Angleterre, Danemark, Vienne, Saint-Pétersbourg, Belgique. L'absence des Français s'y faisait remarquer. Plus de quatre cent cinquante auditeurs ont figuré dans ce Congrès, jusqu'ici le plus mémorable qui ait eu lieu aux États-Unis.

En célébrant le centième anniversaire de l'indépendance, les présidents de section chargés, comme en Angleterre, de faire des discours, ont tenu à honneur de montrer les progrès de la science dans leur pays pendant ce siècle. Le président Gross a rappelé ainsi qu'en 1769, un grand lexicographe anglais disait en parlant des Colonies américaines « que l'on n'y trouvait qu'une race de *convicts* n'ayant à avoir que de la reconnaissance du moindre bout de corde pour les pendre, » et que l'abbé Raynal déclarait, à la fin du XVIII[e] siècle, que « l'Amérique n'avait pas encore produit un seul homme de génie. » Chacun des orateurs en médecine et en chirurgie a tenu à prouver par la simple appellation des Physick, Warren, V. Mott, Dudley, Gibson, Morton, quels progrès l'Amérique avait faits depuis cette époque. Tous ces discours sont donc plutôt une histoire de l'art dans ce pays.

Divisé en six sections, le Congrès a formé un programme pour chacune en chargeant un rapporteur spécial d'en rendre compte. Un aliment certain des séances est ainsi offert par la discussion des assertions ou des opinions du rapporteur. A défaut d'autres travaux originaux, les séances se trouvent donc sûrement remplies. De nombreux travaux ont d'ailleurs été présentés sur différents sujets, mais dont la plupart sont déjà connus. Tels sont le traitement antiseptique de Lister, la division sous-cutanée du col du fémur d'Adams, les fonctions excrétoires du foie de Flint, les anévrysmes, la coxalgie, etc. (*Boston med. and surg. journ.*, n[os] 11 et 12, septembre.)

Reconnaissant les avantages des Congrès internationaux pour rendre graduellement uniformes les divers éléments hétérogènes de l'art, comme la posologie, la nomenclature, et les moyens multiples d'observation, cette Assemblée a résolu, sur la proposition du docteur Seguin de New-York,

de déléguer trois commissaires au prochain Congrès de Genève avec la mission spéciale de travailler à cette uniformité.

CONJONCTIVITE DIPHTHÉRITIQUE. Elle survient d'une manière aiguë, d'après Sattler, soit comme affection idiopathique ou complication d'autres maladies de la conjonctive, du pharynx ou du larynx. Les enfants scrofuleux, faibles, délicats, y sont surtout prédisposés.

Un état catarrhal passager, commençant par la conjonctive palpébrale, en forme le début ordinaire; il est bientôt suivi de dépôt et d'infiltration diphthéritique qui s'étend à la conjonctive scléroticale et de là à la cornée. La coloration est alors d'un blanc pâle ou jaunâtre formée par l'infiltration des lames sous-épithéliales des produits fibrineux. Un chémosis palpébral avec fièvre s'ensuit.

Après une durée de huit à neuf jours, cet état est suivi d'un écoulement purulent abondant avec hémorrhagies et l'infiltration est remplacée par des ulcérations irrégulières qui donnent lieu à des cicatrices vicieuses et qui peuvent entraîner la fonte et la perforation de la cornée.

Les antiphlogistiques paraissent les plus efficaces. Les cautérisations, surtout au nitrate d'argent, sont proscrites. Les applications d'eau glacée, l'occlusion de l'œil sain et des lavages toutes les dix minutes sont les moyens qui ont le mieux réussi. (*New-York med. Record*, 1875.)

CORDON OMBILICAL. — V. Ligature.

COXALGIE. *Raccourcissement du fémur.* Outre l'immobilisation à laquelle le membre est soumis plus ou moins longtemps dans toutes les coxalgies, ce qui peut ainsi contribuer à son raccourcissement par défaut de développement, l'ostéïte primitive de l'extrémité supérieure du fémur peut le produire par la destruction totale du cartilage. M. Viennois, de Lyon, en a observé de six à sept centimètres par cette unique cause et l'on peut admettre qu'elle puisse être encore plus considérable; tout dépend de l'âge du malade. L'accroissement est proportionnel au rôle du cartilage affecté dans le développement de l'os. On sait que le cartilage de conjugaison supérieur du fémur prend à son ac-

croissement une moins grande part que le cartilage inférieur, bien que la différence soit moins grande que pour les os du membre supérieur. C'est pourquoi, quel que soit le cartilage affecté du fémur, cet os subira toujours un arrêt d'accroissement très-sensible.

En s'ajoutant à l'immobilisation, comme c'est souvent le cas, cet arrêt d'accroissement peut s'élever de huit à dix centimètres et plus dans ces ostéites primitives de la tête du fémur, sans le moindre déplacement. Les jeunes enfants, soumis à une longue immobilisation, y sont le plus exposés. Il est moindre chez les enfants atteints à dix ou douze ans. La destruction du cartilage de conjugaison inférieur est encore plus redoutable pour ce raccourcissement.

Tandis que le raccourcissement par immobilité se distingue par l'atrophie, l'amaigrissement des chairs et le peu de grosseur du fémur, c'est le contraire dans le raccourcissement par ostéïte. Le corps de l'os est tuméfié et sensiblement plus épais dans sa moitié supérieure, le périoste ayant été surexcité par l'inflammation. Et tandis que tout le membre et le pied surtout sont atrophiés, diminués, dans le premier cas, la cuisse, ou plutôt le fémur seul est raccourci dans le second. (*Gaz. hebd.*, nº 1.)

Air marin. Sur 212 coxalgies reçues à l'hôpital de Berck-sur-Mer, depuis son inauguration jusqu'au 9 mars 1876, 80 étaient suppurées chez 46 garçons et 34 filles au-dessous de quinze ans, 10 étaient en voie d'amélioration à leur arrivée. Sous l'influence de la station au bord de la mer, des bains généraux pris directement dans de petites excavations creusées dans le sable et remplies d'eau que le soleil échauffe, des toniques et surtout de l'immobilisation, il y a eu 44 guérisons, soit 55 pour 100. Toutes les fistules étaient complétement taries et la presque totalité des garçons, 25, marchaient sans béquilles, avec une simple canne, à cause de la claudication due au raccourcissement et à l'ankylose après luxation ou usure de la tête fémorale et du sourcil cotyloïdien. De même des 19 filles. Il n'y a eu depuis que 2 récidives actuellement en traitement.

Des 36 autres enfants, 6 ont été améliorés, 20 n'ont obtenu aucun bénéfice et 10 sont morts, dont 5 étaient albuminuriques à leur arrivée.

Trois catégories de ces malades sont faites, quant à l'influence thérapeutique qu'ils reçoivent du traitement. Ceux dont l'état général est relativement bon avec empâtement articulaire modéré, un ou deux trajets fistuleux, douleur plus ou moins vive, guérissent ordinairement après un séjour de six mois à trois ans.

Quand il y a des trajets fistuleux multiples avec abcès récidivants, suppuration abondante, sans albuminurie, la guérison descend à 60 0/0. Mais pour les enfants émaciés, cachectiques, épuisés par une suppuration intarissable et fétide, il n'y a plus guère de chances de guérison, surtout quand il y a albuminurie et œdème, stéatose du rein ou d'autres organes.

Quels que soient d'ailleurs la période de la coxalgie et l'état du malade, les premiers temps du séjour sur la plage décident bientôt du résultat à espérer. L'influence de l'air marin, saturé d'iodures alcalins, amène, en six ou huit jours, une véritable transformation de l'état général. C'est consécutivement et après six à huit semaines que l'on peut classer définitivement les cas. Mais on peut juger, par les résultats précédents, que la coxalgie suppurée n'est pas toujours mortelle comme on l'admettait et peut guérir sans la résection si vantée en Angleterre. Chaque jour cette opération perd de ses partisans et est remplacée par l'immobilisation. Sur 12 cas d'arthrites suppurées simples, traitées ainsi par M. Viennois, il y a eu 11 succès.

M. Cazin l'obtient à l'aide de deux appareils. L'un est une gouttière silicatée, ouverte sur un de ses côtés, qui peut être retirée tous les jours pour permettre le bain et qui, appliquée, embrasse tout le membre inférieur malade et tout le tronc jusqu'à l'aisselle ; l'autre est une gouttière de Bonnet modifiée et transformée en un petit lit portatif, permettant de porter les enfants au grand air, et dans lequel aussi on peut leur appliquer l'extension continue.

La résection des os malades n'est employée que tout à fait exceptionnellement à Berck. A Paris, au contraire, M. Lannelongue l'a pratiquée quatre fois, du 1er janvier au 26 avril 1876, sans un seul insuccès. Il y a donc lieu de soumettre les indications de cette grave amputation à un juste critérium. (*Soc. de chirurgie*, avril.)

Feutre plastique. Les avantages de ce tissu anglais pour l'immobilisation (*V. ce mot*) l'ont surtout fait employer par M. de Saint-Germain contre la coxalgie. Il en taille, à cet effet, un morceau sous forme de portique, une bande horizontale assez large réunissant deux bandes verticales plus longues. La bande horizontale est destinée à entourer le corps, à servir de ceinture, et les deux bandes verticales forment deux attelles externes se joignant. Pour mieux dire, à elles deux, ces bandes forment une sorte de gouttière externe saisissant le membre en dehors et servant de puissante attelle externe. Ces deux attelles faisant corps avec la ceinture, puisque l'appareil est tout d'une pièce, offrent une résistance considérable. Comme on peut laisser une partie du membre à découvert, il est facile d'appliquer cet appareil sur un malade ayant des fistules.

Son prix est de 20 francs le kilogr. Il en faut un demi-kilogr. pour un enfant de huit à dix ans et le même appareil a pu servir trois fois à différents malades. (*Soc. de méd. de Paris*, mai.)

Extension continue. Ce moyen pénible pour le patient ne saurait être employé comme traitement habituel, d'après M. Ollier. Il ne réussit que dans les cas où le redressement brusque avec immobilisation convient également. Celui-ci est donc préférable. L'extension continue convient seulement dans la seconde période de la coxalgie, lorsque le chirurgien tente de rétablir les mouvements. La rupture des adhérences et les mouvements rhythmiques fréquemment imprimés à l'articulation ne suffisent pas toujours, à cet effet, comme Bonnet l'admettait, car les adhérences rompues se reproduisent avec la plus grande facilité. Aussi la rupture ne doit-elle être pratiquée que dans certaines coxalgies consécutives aux maladies aiguës : variole, scarlatine, rhumatisme. Dans les autres cas, et lorsque les adhérences existent, au lieu d'y recourir, il est bon parfois de tenter l'extension continue : elle s'oppose aux rétractions musculaires et empêche la tête du fémur de venir, dans son ascension progressive, s'appliquer sur le rebord cotyloïdien. Mais le traitement est fort long et dure plusieurs années.

Résection de la tête du fémur. Doit-elle être pratiquée?

Ollier. C'est une méthode bien radicale et qui offre
up de dangers pour bien peu d'avantages, malgré les
[ues si favorables que l'on a publiées. Cette résection
os de son cartilage de conjugaison; et, par consé-
lui enlève un de ses éléments d'accroissement. Elle
être pratiquée que dans les cas, heureusement fort
où la tête du fémur, séparée du trochanter, forme
cavité cotyloïde un véritable séquestre. (*Assoc.*
s.)

2 malades auxquels il a pratiqué cette résection de
du fémur, M. Annandale a obtenu une guérison com-
hez 14, ayant un membre utile et mobile. Les 8 au-
; succombé soit aux suites de l'opération ou à des
s étrangères après un temps qui a varié de trois à
mois.

ribue ce succès à l'emploi hâtif de la résection sous
llard phéniqué et conseille d'y recourir dès que la
fémur est reconnue malade. Pour s'assurer de
s surfaces osseuses, il pratique une incision explo-
dès que la présence du pus dans l'articulation est
e. Elle servira à son évacuation, si la tête du fémur
te et à la résection immédiate de celle-ci si elle est
(*Edinburg. med. journal*, janvier et février.) —
TÉOTOMIE.

ITE. *Ballon rectal.* Lorsqu'à l'état chronique, la
déterminé des hernies tunicaires ou cellules vési-
n'est pas rare de voir le pus stagner dans le bas-
la vessie ou dans les cellules plus ou moins vastes
rouvent creusées. L'urine alors n'entraîne pas le pus
jections elles-mêmes n'en débarrassent pas toujours
ement la vessie. On en a la preuve par la persis-
s besoins incessants d'uriner et les douleurs qui en
; ensuite.

jections forcées peuvent, en dilatant l'organe et le
, déterminer l'issue complète du pus. Mais ce
très-douloureux, n'est pas toujours sans danger pour
sion des cellules vésicales. C'est pourquoi le doc-
quoy, dans un cas où il existait une poche consi-
à la base de la vessie, eut l'idée d'introduire dans
n, au-dessus du bord postérieur de la prostate, un

mince ballon de caoutchouc analogue au pessaire Gariel. En l'insufflant, il réduisit non-seulement la hernié tunicaire, mais il en soutint les parois pour pratiquer avec plus de sécurité une injection forcée. Elles sont ainsi mieux supportées et donnent de prompts résultats.

Ce pessaire rectal, introduit avec douceur, peut être maintenu en place pendant une heure chaque fois, sans inconvénient. Il relève complétement le bas-fond de la vessie et empêche la stagnation du pus. (*Soc. de méd. pratique*, 15 juin.)

Cystite puerpérale. Assurément le docteur Richardson, médecin de la Maternité de Boston, n'est pas le premier à observer cette complication de certains accouchements longs et laborieux, mais il est peut-être le premier à en former une variété nosologique. Chez quatre primipares, dont il rapporte les observations, le forceps ayant été employé chez deux, il constata une vive douleur sur la région vésicale consécutive à un frisson, puis élévation du pouls et de la température, le soir, nausées et vomissements, mucus et pus dans l'urine qui contenait du sang dans un cas. (*Boston med. and surg., journal*, n° 5.)

C'est là une complication plus ou moins grave qui, dans certains cas, peut même devenir fatale, comme Holmes le signale. Elle est plus fréquente chez les primipares, en raison de la plus grande durée du travail et de la compression du col de la vessie par la tête. A plus forte raison par le forceps. De là l'indication de vider préalablement la vessie et d'appliquer des cataplasmes après l'accouchement.

D

DARTRES. *Altérations osseuses.* A l'appui de la nature diathésique et constitutionnelle des dartres, les médecins, et M. Hardy entre autres, n'ont fait valoir jusqu'ici que la chronicité, la tendance aux récidives, l'existence simultanée ou l'alternance de lésions de même nature à la peau et aux muqueuses, l'hérédité démontrée et l'existence d'un principe morbide affectant toute l'économie et générateur des dartres. Un nouveau témoignage de cette nature constitu-

tionnelle a été fourni par la pathologie comparée, de même que l'hérédité du psoriasis avait déjà été démontrée expérimentalement par M. Lafosse, de Toulouse, chez quatre générations successives de chiens. C'est une altération des os, analogue à celle de la peau, constatée anatomiquement et microscopiquement sur un bœuf par M. Mégnin, vétérinaire militaire. Le fait mérite donc d'être relaté avec quelques détails afin de permettre, le cas échéant, de le vérifier chez l'homme.

Un bœuf charollais normand de cinq ans, bien en chair, de belle apparence, mais atteint d'un eczéma chronique lamelleux qui avait détruit les poils sur tout le dos, fut présenté pour fournir de la viande de basse boucherie à la garnison de Vincennes. Chargé de l'inspection des viandes, M. Mégnin, en reconnaissant l'affection, apprit qu'elle existait depuis trois ans. Elle avait débuté, au printemps de 1872, sous forme d'une éruption vésiculeuse miliaire, rapidement confluente, occupant exclusivement la région des reins, sur une longueur de deux à trois décimètres, et descendant irrégulièrement de chaque côté de la ligne vertébrale de quatre à cinq travers de doigt. Démangeaison modérée. Des croûtes granuleuses remplissant le fond des poils, puis une exfoliation épidermique très-abondante avec alopécie, se succédèrent en laissant ainsi une surface dénudée, rose, lisse, brillante, couverte de larges écailles lamelleuses.

Malgré un traitement externe, la dartre récidive avec une nouvelle intensité, au printemps de 1873 et de 1874, en continuant à s'étendre. C'est alors que le propriétaire, en voyant ses progrès, vendit sa bête pour la boucherie. Toute la partie supérieure du corps présentait une surface irrégulière, dépourvue de poils, rosée, couverte de squammes lamellaires, diaphanes, adhérentes par un ou deux de leurs bords. C'est l'eczéma à sa troisième période. Il est à son début au garrot où les poils sont encore en place, mais hérissés et remplis de croûtes granuleuses. Au fond, la peau est rougeâtre, exulcérée, comme à la deuxième période. Îlots de peau saine avec des poils rouges au milieu de cette surface. Partout la peau a conservé son épaisseur normale et presque sa souplesse. Absence complète de parasites au microscope. De là la non-contagion et l'insuccès du traitement externe.

Tous les organes splanchniques, les organes vasculaires et les masses musculaires, furent trouvés à l'ouverture dans un parfait état d'intégrité, mais la section des os, pour le débit des morceaux, présenta sur leur coupe une coloration foncée qui frappa le boucher. *Des anneaux bruns concentriques, en nombre égal aux périodes de recrudescence de la maladie*, se remarquaient sur les os longs des membres, et rappelaient tout à fait l'effet produit par l'ingestion de la garance sur les os de poulets. L'examen microscopique montra que cette coloration était due exclusivement à un dépôt de granulations pigmentaires analogues à celles de la peau. Ce fait ne prouve-t-il pas que la nutrition générale tout entière était impressionnée par la maladie, dont la manifestation principale était à la peau, et que, par conséquent, cette maladie était bien constitutionnelle ?

Ce fait est donc une preuve à ajouter aux autres, de l'imprégnation de toute l'économie par le vice dartreux et une réfutation de la théorie anatomique qui ne voit dans les dartres que des inflammations. (*France méd.*, 1875.)

Raclage avec la curette. Une nouvelle méthode thérapeutique s'est répandue en Allemagne, depuis peu d'années, contre les néoplasmes et les hypertrophies de la peau, celles qui forment tumeur et excroissance en particulier. La curette de Récamier pour l'ablation des végétations internes de l'utérus a été rééditée pour la peau. Wolkmann, de Halle, en est l'auteur et, d'après la pratique de Hebra, de Vienne, cette méthode paraît supérieure à l'excision avec le couteau, l'écraseur et les caustiques. Plusieurs modèles de cet instrument existent déjà. C'est une cuillère en acier à bords affilés dont la poignée est légèrement recourbée.

La curette dermique a surtout été employée à l'hôpital de Vienne par le professeur Hebra. Il en a obtenu les meilleurs résultats contre l'épithélioma et le lupus, surtout érythémateux. On creuse jusqu'à ce que le tissu morbide soit enlevé. La perte de sang est ordinairement légère et il suffit, pour l'arrêter, d'appliquer un linge ou une boulette de ouate mouillée sur la plaie. Il y a rarement de la fièvre ensuite. L'opération est ordinairement courte et n'a pas besoin d'être répétée un grand nombre de fois.

Deux ou trois jours après ce curage, une membrane

épaisse, jaunâtre et comme diphthéritique apparaît sur la plaie. Elle résulte de la mortification des particules de tissu broyées. Trois à quatre jours suffisent pour sa disparition et une surface granuleuse y succède. Une cicatrice molle, rosée, s'ensuit, si tout le tissu morbide a été enlevé. Ce résultat est surtout appréciable sur la face et les articulations. Les nodosités des cicatrices varioliques, des boutons indurés d'acné, de l'eczéma chronique, du sycosis et des hypertrophies papillaires, des glandes sébacées du nez et du front, sont ainsi enlevées avec succès ainsi que les autres lésions de l'épiderme.

Certains ulcères variqueux, des engorgements strumeux de la peau et des ganglions, des adénites suppurées ont aussi été enlevés de cette manière. Les condylômes, après leur excision avec les ciseaux, ont été ainsi déracinés. (*Wiener mediz. Woch.*, 18 décembre 1875.)

Employé comparativement avec le fer rouge par M. Aubert, à l'Antiquaille de Lyon, le raclage s'est montré très-efficace, spécialement dans le lupus idiopathique et les scrofulides graves, et, dans l'immense majorité des cas, il s'est même montré supérieur au fer rouge et à tout autre caustique. Son avantage est surtout de permettre d'enlever tous les tissus morbides et eux seuls, en raison de la très-grande différence de résistance que présentent les tissus malades, formés d'éléments cellulaires peu cohérents et mal liés entre eux. Aucun moyen de cautérisation ne peut, aussi bien que le grattage, discerner ces tissus morbides des tissus sains, de texture fibreuse et feutrée, opposant une résistance énergique. Aussi ménage-t-il et conserve-t-il très-bien ces derniers. Pour prévenir la récidive, il est bon de passer aussitôt le nitrate d'argent sur la surface raclée pour détruire les cellules malades s'il en reste. Le bourgeonnement doit aussi être soigneusement réprimé par la cautérisation.

Il est à remarquer que, il y a plus de vingt-cinq ans, M. Diday énucléait les ganglions du pli de l'aine avec une petite cuillère ayant une certaine analogie avec la curette dermique. C'est donc la généralisation de ce procédé qui est aujourd'hui en vogue en Allemagne. (*Lyon méd.*, nos 15 et 31.)

Le docteur Wigglesworth en a fait usage le premier à

Boston avec un remarquable succès. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 17.)

General treatise on skin diseases (Traité général des maladies de la peau), par M. Louis Duhring, professeur des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie et médecin du dispensaire spécial pour les maladies, avec atlas en chromolithographie ; Philadelphie. C'est le premier traité original de ce genre publié aux États-Unis avec la synonymie des noms français et anglais.

DIABÈTE. *Insuffisance cardiaque*, Sur 109 diabétiques, traités par le docteur R. Schmitz, 80 présentaient des signes objectifs d'un relâchement du cœur; les symptômes subjectifs existaient chez la plupart des autres. Ce sont de l'oppression, des vertiges, de la somnolence avec pesanteur de tête, tendance aux syncopes, vomissements, convulsions et même paralysies passagères. Pouls petit et mou, choc cardiaque très-faible, bruits indistincts du cœur et des vaisseaux; le premier est souvent imperceptible à la pointe.

Ces phénomènes, très-fréquents dans le diabète chronique, sont regardés, à tort, comme résultant d'un état congestif du cerveau; ils sont l'expression d'un cœur graisseux. Les efforts corporels en déterminent ou en exagèrent ainsi la manifestation, tandis que le repos absolu dans la position horizontale les atténue s'il ne les fait disparaître.

C'est dans ces conditions que des diabétiques meurent subitement et que d'autres, après un exercice trop violent, une marche forcée, tombent dans le coma fatal comme deux observations, ajoutées aux précédentes (V. *année* 1875) le démontrent. (*Berlin. klin. Woch.* janvier.) La marche, la course, les efforts, la gymnastique, doivent donc être proscrits chez les diabétiques qui présentent ces phénomènes morbides.

Prurit des organes génitaux. Outre le phimosis qui en est un des signes les plus fréquents, depuis que l'on en a découvert la signification, M. Diday ajoute le prurit que fait naître l'écoulement, le dépôt de l'urine sucrée sur les parties génitales chez les deux sexes. Le prurit vulvaire, notamment, est, selon M. Bergeron, un indice à peu près

constant de l'existence du diabète. (*Ass. française.*) Il faut donc, en pareil cas, examiner les urines avant d'instituer aucun traitement.

Le phimosis peut en être l'annonce, alors même que les urines ne sont pas sucrées. Le docteur Niepce fils a observé un homme de quarante-six ans, vigoureux et robuste, qui fut pris soudainement et sans cause d'un gonflement avec phimosis irréductible. Fièvre et douleurs intenses. Il y eut gangrène de la muqueuse et il fallut recourir à la circoncision pour obtenir la guérison.

L'année suivante, les symptômes généraux du diabète apparurent. (*Lyon méd.*, n° 26.)

Affections oculaires. A la cataracte et quelques cas d'amblyopie que l'on sait depuis longtemps être produits par le diabète, le docteur Leber a montré, par sa pratique et ses recherches bibliographiques, que toutes les autres parties de l'œil pouvaient s'altérer. Il rapporte ainsi 19 cas d'hémorrhagies rétiniennes observées à une période avancée du diabète, parfois au début, alors que la déchéance générale de l'organisme en était l'unique signe. L'absence d'albumine dans l'urine, de lésions cérébrales et d'hypertrophie du cœur, ne permettait d'en rapporter la cause qu'au diabète, sinon à l'altération du sang qui en est la conséquence.

L'altération du nerf optique se traduit aussi par des troubles variables de la vision : amblyopie, hémiopie, lacunes de la vue, perversion des couleurs, diminution du champ visuel et parfois même la cécité résultant de l'atrophie du nerf. La tendance aux extravasations sanguines permet de prévoir qu'il se fait aussi des hémorrhagies capillaires dans le tronc du nerf optique assez loin de son extrémité intra-oculaire.

Les muscles même de l'œil sont altérés comme ceux du reste de l'organisme. De là une parésie assez fréquente de l'accommodation et une diplopie symptomatique en résultant.

Est-ce à la soustraction de l'eau dont souffrent tous les tissus dans le diabète ou à la présence du sucre dans les liquides de l'œil qu'il faut attribuer ces altérations locales? Les traces qu'en contient l'humeur aqueuse permettent de répondre négativement. Et comme elles se modifient sui-

vant que le diabète diminue ou augmente dans la majorité des cas, force est bien de les rapporter au diabète. Elles peuvent même en déceler l'existence lorsque, apparaissant sans autre cause, elles coïncident avec une grande déchéance de l'organisme. Il faut alors analyser les urines et l'on pourra trouver ainsi la raison de bien des hémorrhagies rétiniennes, des amblyopies qui ne s'expliquaient pas autrement. (*Archiv für ophthalmol.*, t. XXI.)

Solution phéniquée. Un glucosurique, homme fort, robuste, gras et puissant, qui s'affaiblissait et maigrissait de jour en jour avec signes de tuberculose caséeuse, rendait des urines claires et limpides très-abondantes, renfermant 12 0/0 de glucose le 20 août. Malgré le traitement vigoureux de Bouchardat, le saccharimètre donne 24 0/0 de sucre huit jours après. Malgré le découragement et la faiblesse du malade, la prescription est maintenue et, le 4 septembre, l'absence de féculents, de fruits, etc., etc., un régime corroborant, un exercice régulier, la flanelle, etc., etc., l'usage prolongé du pain de gluten, à l'exclusion de tout autre, n'empêchaient pas le saccharimètre de donner 44 0/0 de sucre. Le malade devenant indocile et ne voulant plus rien faire, dégoûté de la vie et surtout de son régime, M. F. Garnier, son médecin, pensant qu'un ferment pouvait être la cause de cette augmentation rapide du sucre, lui donna carte blanche à la condition de prendre, deux fois par jour, deux gouttes de la solution suivante dans un véhicule approprié :

℞ Acide phénique	10 gram.
Alcool	10 —

Mêlez.

Il mangeait raisins, fruits et melons, ne réservant la diète alimentaire que vis-à-vis des légumes par trop farineux. Il repousse le pain de gluten. Malgré ces infractions, le 11 septembre, l'urine ne donnait plus que 14 0/0 de sucre.

Au 4 octobre, nouvelle diminution, et, le 6 novembre, la saccharimétrie ne donne plus que 2 0/0 de sucre, c'est-à-dire *un ou un cinquante pour cent* au-dessus de ce qu'on rencontre ordinairement dans les urines dites normales. (*Lyon méd.*, n° 1).

Cet heureux résultat n'est dû, suivant l'auteur, qu'à l'emploi de la solution phéniquée qui n'a jamais dépassé six gouttes par jour. Malheureusement, ce fait ne suffit pas à le prouver. Le changement subit de régime, un effort médicateur de la nature, un *quid ignotum* en peuvent être aussi bien la cause. Reste à prouver le contraire par de nouveaux faits.

Salicylate de soude. Le succès éphémère au début de l'acide phénique et du régime a conduit le professeur Ebstein à recourir à ce nouveau sel chez deux diabétiques, de 53 et 58 ans, malades depuis plusieurs années. Le premier rendait 1,860 grammes d'urine contenant 77 grammes de sucre le 18 février 1876. On donne 5 grammes de salicylate en trois fois dans les vingt-quatre heures, et, le 29 février, tous les symptômes étaient disparus; il n'y avait plus de sucre dans les urines.

Chez le second, 2,500 grammes d'urine par jour donnaient 54 grammes de sucre. L'amélioration est à peine sensible avec l'acide phénique. Le salicylate de soude diminue au contraire rapidement le sucre et, vingt-trois jours après, l'urine était réduite à 880 grammes et 13 grammes de sucre. C'est donc un nouveau moyen à essayer. (*Bull. de thérap.*)

L'action des alcalins, celle du bi-carbonate de soude en particulier, est encore loin d'être fixée. Par de nouvelles expériences, MM. Cornillon et Bretet viennent de donner raison à l'interprétation physiologique de MM. Pavy et Brouardel. Loin de réduire le sucre déjà formé, ils seraient sans action à cet égard; mais, en agissant sur la diastase salivaire et le suc pancréatique surtout, dont ils diminuent le pouvoir saccharifiant, ils préviennent l'introduction d'un excès de sucre dans le sang. (*Progrès méd.*, nº 7.)

M. Cornillon, de Vichy, a vu trois cas de fistules, reliquats invétérés d'abcès survenus chez les diabétiques, d'ulcères étendus durant depuis un temps infini, disparaître en trois, cinq et six jours sous l'influence de l'eau de Vichy. Une condition du succès, c'est que l'organisme soit encore vigoureux ; ce traitement est désastreux si le malade est cachectique. (*Association française.*)

Le diabète sucré et son traitement diététique, par le docteur

Arnaldo Cantani, professeur et directeur de clinique médicale à l'Université royale de Naples, traduit et annoté par le docteur H. Charvet, médecin consultant à Vals.

Diabète insipide. De même qu'il apparaît expérimentalement par la piqûre du quatrième ventricule, un peu au-dessus du point où cette piqûre détermine le diabète sucré, il résulte aussi de l'irritation du pneumo-gastrique. Celle du nerf vague en particulier détermine également la polyurie chez les animaux et il semble qu'il en soit de même à l'état pathologique. Chez deux matelots, de 47 et de 56 ans, observés à *Seamen's hospital* pour des anévrysmes de l'aorte transverse, le docteur Ralfe a constaté une notable augmentation de l'urine, sans sucre ni albumine, d'une gravité spécifique de 1009 à 1004, avec une proportion normale d'urée et d'acide phosphorique. D'où il conclut que l'irritation du nerf vague par la tumeur anévrysmale a déterminé la polyurie, de même qu'une tumeur abdominale, irritant quelques branches nerveuses du rein, l'avait provoquée dans un cas observé par le professeur Haughton. (V. ANÉVRYSMES).

C'est encore ainsi qu'un fabricant de tuyaux de cuivre, gros, fort et replet, qui se tenait fréquemment au voisinage du fourneau, ne voulut pas faire attention à une soif ardente et de fréquentes envies d'uriner. L'analyse de l'urine, faite le 6 août, révéla une quantité considérable de sucre sans albumine. Le traitement alcalin fut commencé le 8 août, mais, dès le lendemain, l'affaiblissement et la tendance au sommeil étaient plus prononcés, ainsi que la céphalalgie. Le soir, il fut pris d'anhélation, d'étouffement, de sueur froide. Le docteur Fieuzal ne trouva rien au poumon ni au cœur. Malgré l'administration de dix gouttes, toutes les demi-heures, de teinture de lobélie, l'agitation, l'anxiété, augmentèrent toute la nuit. L'agonie commença à 5 heures du matin par un étouffement persistant, la cyanose, le froid, et il s'éteignit ainsi, vingt-quatre heures après le début de cette espèce d'apoplexie séreuse. (*Tribune méd.*, n° 421).

DIARRHÉE DE COCHINCHINE. Elle exerce de si grands ravages parmi les troupes et les équipages français dans cette colonie lointaine, qu'un millier d'hommes environ en sont atteints chaque année. Voici comme elle se

ɔste, d'après le docteur Normand. Les uns ne subissent
: atteinte légère, les lésions sont peu étendues et la
ɔn survient rapidement avec un régime lacté qui sup-
le catarrhe. D'autres rechutent facilement et, plus
ı quelquefois après l'infection, ces malades guéris-
ır la cessation subite de la diarrhée. Mais, le plus sou-
lle évolue progressivement jusqu'à ce qu'une entéro-
causée par un refroidissement, un abus de boissons
iments, amène la mort. On trouve alors une désor-
ion étendue de la muqueuse, comme dans l'infection
térique grave. D'autres sujets succombent par anémie
n marasme extrême.

: l'assistance de M. Bavay, pharmacien, M. Normand
uvert, dans les matières fécales des malades, un para-
n signalé jusqu'ici et qu'il appelle *Anguillula sterco-*
l a un quart de millimètre de long et serait visible à
u, n'était sa minceur. L'examen microscopique, avec
ssissement de 50 à 60 diamètres, montre une quantité
ɔrable de ces vers grouillant et s'agitant au sein de
sse plus ou moins transparente où ils sont empri-
. Ils ne se rencontrent pas dans les matières des
es atteints d'affections analogues d'autre provenance.
recherches subséquentes ont fait considérer ce néma-
comme un *Rhabditis stercoralis,* du genre Leptora de
der. A l'état adulte, il a un millimètre de long sur
: centièmes de millimètre de large environ. Son corps
indrique et lisse avec des sillons transversaux. C'est
âge moyen qu'on les rencontre le plus souvent dans
ıac, l'intestin, les canaux pancréatique, cholédoque
atiques, aussi bien que sur les parois de la vésicule
). Il a été rencontré jusqu'ici sur trente malades au

; à des générations successives de ce parasite que se-
dues les récidives observées si souvent chez les ma-
Un parasiticide pourrait donc seul assurer la guéri-
ais l'auteur ne l'a pas encore trouvé. (*Acad. des sciences,*
let et octobre.)

: un soldat, revenu de Cochinchine dans le Cher
ette diarrhée, le docteur Bidron observa qu'elle repa-
, à intervalles réguliers et par poussées successives,
ıuses occasionnelles, et coïncidant chaque fois avec

une éruption granuleuse de la muqueuse bucco-pharyngienne et rectale. Supposant qu'il s'agissait d'une affection parasitaire, il administra l'acide phénique par la bouche et en lavements. La guérison s'ensuivit et ce succès est d'autant plus remarquable que le malade avait été soumis auparavant, en France comme en Cochinchine, aux traitements les plus variés sans aucun résultat. (*Union méd.*, nº 99.)

Chez un militaire du Val-de-Grâce qui en mourut, M. Vallin a vu les globules tomber à 400,000 et même 360,000 quelques instants avant la mort sans lésion d'organe. Le chiffre est donc inférieur au minimum de 600,000 constaté dans l'anémie essentielle. (*Soc. méd. des hôp.*, août.)

DIGITALISME. Un cas remarquable et peut-être unique en est relaté par le docteur Balz, qui l'a observé à l'hôpital sur une couturière de vingt-six ans. Rhumatisante dès l'âge de douze à quatorze ans, elle commença, dans l'un de ses accès, à faire usage de l'infusion des feuilles de digitale à vingt ans. A la dose de 2 grammes, ce médicament produisit une amélioration si marquée que, chaque fois qu'elle sentait ses palpitations revenir, elle reprenait cette dose sans ordonnance de médecin. Elle en absorba ainsi 656 grammes de 1870 à 1875.

Entrée à l'hôpital, le 16 mai 1875, pour un rhumatisme multiple avec fièvre, anorexie, palpitations, dyspnée, elle est un peu cyanosée, pouls petit et régulier à 92, cœur augmenté de volume avec respiration très-incomplète du côté gauche. La digitale fait bientôt cesser les accidents.

En mars 1876, elle avait employé 810 grammes de digitale, et son accoutumance était telle qu'en s'abstenant d'en prendre 30 centigrammes à son lever et à son coucher, elle est hors d'état de travailler. Une angoisse inexprimable avec tremblement général de tout le corps ne lui laisse aucun repos. Elle ne peut se lever tant elle est faible; son corps est comme labouré par des aiguilles; il semble qu'on lui arrache les cheveux et les ongles. Ses genoux fléchissent en marchant et enflent; ses mains lui refusent le service. Elle éprouve des vertiges oculaires, bruissements des oreilles, embarras de la parole, compression thoracique, battements violents du cœur, suspension des urines. Tous ces accidents disparaissent en quelques heures par l'emploi de

la digitale et il ne reste plus qu'un peu de cyanose et de dyspnée. (*Arch. der Heilkunde*, août, et *Arch. de méd.*, novembre.)

DIPHTHÉRITE. *Acide salicylique.* Ce nouvel agent ne pouvait manquer d'être expérimenté. Dans un cas désespéré, après que la trachéotomie fut refusée, le docteur Tenholt l'administra en solution de 2 grammes pour 200 d'eau, soit en badigeonnages dans la gorge, soit par cuillerées à dessert dans du lait d'heure en heure. Une masse membraneuse fut bientôt rejetée dans un accès de toux, la respiration et la déglutition devinrent plus faciles et l'enfant guérit.

Employée dans beaucoup d'autres cas, cette solution a donné les mêmes résultats. (*Alleg. med. central Zeitung*, avril, n° 34.)

Le docteur Steinitz l'a aussi donnée en poudre, de un à deux décigrammes dans un peu d'eau, d'heure en heure, dans 45 cas, dont 34 compliquaient la scarlatine et les autres étaient idiopathiques. Dans la plupart, les symptômes étaient graves et la fièvre intense. Bien toléré, en général, ce médicament ne fut vomi à la première dose que dans quelques cas. Deux enfants seulement succombèrent de la diphthérie et un troisième de ses suites. Aucune lésion ne fut rencontrée dans le tube digestif. 12 doses ont suffi généralement pour diminuer la fièvre et les symptômes diphthéritiques.

Il est permis de se demander, d'après de pareils succès, s'il s'agissait bien de la diphthérite croupale, si rebelle, en général, à tous les autres moyens.

Le docteur Sabbata emploie la solution suivante en gargarisme :

℞	Eau distillée	100 grammes.
	Sulfate de fer	5 —
	Acide sulfurique	25 gouttes.

Mêlez.

Réduite d'un cinquième, elle sert de topique pour toucher les plaques diphthéritiques. L'hyposulfite de soude et le tannate de quinine sont administrés en même temps à l'intérieur.

Ce traitement, employé dans une épidémie grave, n'a été suivi que d'une mortalité de 12,5 pour 100 (*Ann. di chimica*, octobre 1875.)

Considérant la quinine comme un poison du protoplasma, qui limite le nombre et les mouvements des globules blancs dont elle prévient la migration, le docteur Brakenridge l'a administrée en gargarisme avec succès. Dans trois cas, une solution de 40 centigrammes par 100 grammes d'eau a prévenu l'extension de la maladie, en favorisant la séparation et l'expulsion de l'exsudation membraneuse.

Chloral. Le docteur César Ciattaglia (de Rome) en mélange 4 grammes dans 20 grammes de glycérine qu'il applique avec un blaireau sur les fausses membranes, trois à quatre fois par jour, en même temps qu'il administre à haute dose le chlorate de potasse à l'intérieur. L'effet immédiat qu'il a observé de cette application, dans les huit observations qu'il rapporte, est l'arrêt des fausses membranes et la disparition rapide de la fétidité caractéristique de la bouche. Ce mélange peut rester plus longtemps en contact avec les surfaces diphthéritiques sans causer un sentiment de brûlure comme avec la solution aqueuse. (*Lancet*, n° 1, juillet.)

DUODÉNUM. L'obscurité des maladies et des lésions de cet organe, de leurs symptômes autant que leur gravité, doivent faire porter une attention spéciale sur tout ce qui peut en éclairer le diagnostic. Les ulcérations duodénales, rencontrées à la suite des brulûres étendues et des érysipèles, ont déjà appris quelle étroite sympathie existe entre cet organe et la peau (*V. années* 1865 et 1866) ; mais ces ulcérations se forment aussi spontanément, comme dans l'estomac, sans que l'étiologie ni la symptomatologie en soient encore connues. Un peu de dyspepsie, des digestions laborieuses, une douleur subite survenant après le repas un peu à droite de la ligne médiane, entre le foie et la crête iliaque, sont les seuls signes qui précèdent souvent la perforation et la mort. (*V. année* 1868.)

La mort subite paraît même être une conséquence des altérations de cet organe, sans que la perforation soit né-

cessaire. Un homme de 61 ans, se plaignant depuis deux ans de quelques douleurs gastralgiques, très-peu accusées, éprouva un malaise subit avec sueurs profuses en faisant des efforts de défécation et la mort survint en un quart d'heure, sans autres phénomènes morbides.

A l'autopsie, M. Spitta rencontra, dans le péritoine sain, des gaz et des liquides fétides composés d'aliments féculents et de bile. Un vaste ulcère, très-ancien, existait dans la première partie du duodénum et avait perforé l'intestin. Les bords en étaient très-épais, sans que les tissus voisins fussent enflammés. (*British med. journal*, octobre 1875.)

L'absence de douleur est la particularité la plus remarquable de cette observation trop laconique, car on a oublié de rechercher si aucune dermatite ou dermatose étendue ne rendait pas compte de la formation de cet ulcère.

Certaines lésions du pancréas peuvent se confondre avec celle-ci par la mort subite qui en résulte également.

DYSENTERIE CHRONIQUE. La médication topique continue à être employée avec succès aux États-Unis, conformément aux données de l'anatomie pathologique. Suivant l'exemple du professeur Maury (V. *année* 1873), MM. Gaillard Thomas et Dills éthérisent le malade, puis dilatent l'anus avec un spéculum et pratiquent ainsi, sur toute la muqueuse découverte et aussi haut que possible, une cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent. Une injection d'acide phénique ou carbolique est faite les jours suivants. La cautérisation est suivie d'un soulagement notable, de la disparition du ténesme, la diminution de fréquence des selles et le retour de l'appétit; les injections achèvent en cinq ou six jours la guérison. (*New-York med. journal*, avril.)

Ne faut-il pas craindre, par ce traitement topique, de voir augmenter la fréquence des complications, celle de l'arthrite en particulier, qui se montre comme dans la blennorrhagie? On eût répondu affirmativement autrefois sous le règne de la doctrine des métastases, des répercussions. Aujourd'hui que l'on ne voit plus qu'une question de diathèse, une lésion de voisinage ou de continuité, sinon un effet d'absorption purulente, le danger d'une médication topique n'existe plus. V. ARTHRITE DYSENTERIQUE.

E

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE. *Prophylaxie.* Pour combattre l'albuminurie qui la provoque si souvent chez les femmes enceintes, M. Tarnier les soumet à un régime exclusivement lacté. V. ALBUMINURIE.

Partant de cette idée, professée par M. Vulpian, que c'est une névrose d'origine réflexe, provoquée par l'appauvrissement du sang que détermine l'albuminurie, le docteur Cersoy en explique ainsi les manifestations. Le sang appauvri n'apportant plus aux centres nerveux les éléments de nutrition et d'excitation normaux, il en résulte un trouble plus ou moins considérable dans les phénomènes de l'innervation, une susceptibilité nerveuse particulière, une sensibilité réflexe exagérée, et exagérée à un degré d'autant plus élevé que l'utérus gravide augmente par lui seul la sensibilité réflexe, et cela en dehors de toute complication d'albuminurie; témoin les vomissements, les toux nerveuses, les syncopes et toute la série des accidents nerveux, cortége habituel de la grossesse ordinaire.

Lorsque le régime lacté combiné avec l'usage des viandes analeptiques n'a pu prévenir l'imminence des accès éclamptiques, s'annonçant par des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, M. Cersoy administre 5, 6 et jusqu'à 7 grammes par jour, de bromure de potassium en potion. Donné ainsi chez une primipare, présentant jusqu'à 50 p. 100 d'albumine dans ses urines, avec bouffissure de la face et infiltration des membres inférieurs, ce sel a prévenu tout accès. Malheureusement ce fait ne suffit pas à en démontrer l'efficacité et c'est à des observations ultérieures qu'il faudra s'en rapporter. (*Bull. de thérap.*)

Chloral et saignées. Il est toujours fort embarrassant, pour le praticien appelé près d'une accouchée en proie à des accès d'éclampsie, d'instituer un traitement curatif en dehors des indications symptomatologiques à remplir. Tandis que M. Depaul emploie les saignées et les sangsues jusqu'à la cessation des convulsions, qu'il y ait ou non complications d'œdème et d'albuminurie, d'autres préconisent exclusivement les cal-

mants, comme les injections hypodermiques de morphine, les inhalations de chloroforme, et citent de nombreux succès à l'appui. Le chloral a obtenu de même une grande vogue dans ces dernières années et il faut se demander s'il agit autrement qu'en calmant le système nerveux et s'il est également indiqué dans les cas avec albuminurie et infiltration. Le docteur E. Bouyon l'a ainsi employé avec succès chez une robuste primipare à terme qui fut prise de convulsions violentes au début du travail. Huit accès, de trois à quatre minutes de durée, se répètent de sept heures du soir à minuit. Le toucher montre le col à peine entr'ouvert, membranes intactes, inertie utérine pendant les accès. Il n'est pas parlé d'infiltration ni de l'état des urines. C'était donc une éclampsie idiopathique.

Au lieu de tenter la dilatation artificielle et l'accouchement, M. Bouyon administre le chloral, cinq grammes dans un verre d'eau de tilleul, et pratique une saignée de 4 à 500 grammes. Aussitôt les contractions qui avaient cessé reparaissent, les accès s'éloignent et diminuent d'intensité, de manière que, à cinq heures du matin, l'accouchement d'un gros enfant mort a lieu. Le coma se dissipe, deux crises légères ont encore lieu. Malgré la continuation du chloral et après une abondante diurèse, la femme se rétablit parfaitement. (*Courrier méd.*, nº 12.)

Est-ce le chloral ou la saignée qui a agi dans ce cas ? Ils ont plutôt agi tous les deux, car rien n'est efficace comme la saignée pour ranimer les contractions chez ces paysannes fortes et sanguines. Ce fait montre donc au moins qu'il n'y a pas lieu d'être absolu dans le traitement.

Un succès obtenu avec la saignée, à défaut de chloral, par le docteur Mora fils, en est un exemple frappant. Il venait d'accoucher une robuste paysanne, sanguine, de vingt et un ans, primipare, sans aucun accident, lorsque, quelques heures après, un accès d'éclampsie très-grave se déclare soudainement. Les révulsifs sont sans action et en un quart d'heure la face était livide, la respiration embarrassée, le coma de plus en plus profond. Le commissionnaire n'arrivant pas avec les sangsues et le chloral prescrits, une saignée de 500 grammes est pratiquée et aussitôt les accidents s'amendent comme par enchantement et la guérison est complète le lendemain. (*Idem*, nº 41.)

En portant ce fait à l'actif de la saignée, l'auteur oublie qu'elle était expressément indiquée dans ce cas. Les efforts prolongés d'une primipare forte et sanguine, en congestionnant le cerveau, ont pu suffire à produire les accidents éclamptiques. Le cas est donc différent d'une albuminurique profondément infiltrée.

C'est en recourant exclusivement aux saignées que M. Depaul a fait cesser les accès répétés d'heure en heure chez une autre primipare apportée à la clinique, le 6 décembre 1875, au septième mois de sa grossesse. La face était bouffie depuis huit jours, avec céphalalgie, sans troubles de la vue, lorsque les convulsions éclatèrent. Deux saignées de 5 et de 600 grammes arrêtent immédiatement les accès; mais il y a résolution complète et coma. Urine peu abondante et rougeâtre se coagulant en masse, c'est-à-dire albuminurie considérable.

Le troisième jour seulement, la connaissance revient, mais avec céphalalgie intense, vomissements bilieux, persistance de l'albuminurie et de ses effets, mais sans nouvel accès. Plus de battements du cœur fœtal. Six sangsues derrière chaque oreille le sixième jour.

Ce n'est que le huitième jour que des contractions utérines se manifestent et se prolongent pendant quatre jours. Accouchement spontané d'un fœtus macéré. Rétablissement de la mère. (*Arch. de tocologie.*)

L'influence des saignées sur la cessation des accès est ici trop évidente pour être niée. On ne peut méconnaître davantage que la persistance marquée de l'albuminurie ne les fit pas renaître. Cette complication serait donc sans influence sur leur manifestation. Telles sont du moins les conclusions logiques de ce fait.

Éclampsie des nouveau-nés. *Lavements de chloral.* Le sirop d'éther et les autres moyens ordinaires étant restés inefficaces, dans deux cas, pour faire cesser les convulsions, M. Polaillon a administré 20 centigrammes de chloral dans 20 grammes d'eau en lavement. Un sommeil très-calme et la cessation des convulsions en sont résultés. Un second lavement, 24 heures après, a consolidé la guérison. (*Soc. de méd. de Paris,* février.)

Le danger des inhalations prolongées de chloroforme doit

donc faire préférer ce moyen en pareil cas. Son action efficace chez les femmes tend à confirmer qu'il en sera de même chez les nouveau-nés.

EMBOLIES GRAISSEUSES. Czerny ayant constaté au microscope de la graisse liquide et des gouttelettes graisseuses dans les petites artères et les capillaires pulmonaires d'un maçon de trente-deux ans, mort subitement à la suite d'une fracture de cuisse simple, en conclut que ces embolies sont plus fréquentes qu'on ne le croit, surtout à la suite des fractures simples. Beaucoup de cas de shock des Anglais peuvent y être rapportés, spécialement quand les blessés se remettent des effets immédiats de leur secousse et ne succombent qu'un certain temps après. Certaines observations de commotion cérébrale pourraient bien n'être aussi que des faits d'embolie graisseuse.

Pour en déterminer la symptomatologie différentielle, il a injecté de la graisse ou de l'huile dans la jugulaire et la carotide des chiens et il a noté constamment un abaissement de la température avec ralentissement du pouls; respiration lente et ronflante et même la mort par œdème pulmonaire quand la quantité injectée est trop considérable. Hémorrhagies rétiniennes dans deux cas. Rien de bien distinctif ne s'observe donc pour différencier ces cas des commotions ni du shock. (*Berlin. klin. woch.*, 1875.)

ÉMÉTIQUE. Son action élective sur l'estomac, par l'intermédiaire des nerfs vagues, est démontrée par M. Mosso de la manière suivante. Tandis que l'ingestion de 3 à 4 centigrammes suffit chez le chien pour amener des vomissements certains comme chez l'homme, il fallut injecter de 15 à 25 centigrammes dans les veines pour obtenir le même résultat, sans que l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac et la qualité acide ou neutre de son contenu ait aucune influence à cet égard. La section préalable des rameaux sous-diaphragmatiques des nerfs vagues, chez deux jeunes chiens, changea ces résultats. Il fallut donner jusqu'à 8 et 10 centigrammes par l'estomac pour obtenir lentement des vomituritions légères, tandis que l'injection veineuse de 15 à 30 centigrammes amena des vomissements en cinq minutes. D'où l'auteur conclut qu'il produit le vomissement de deux

manières : par l'excitation locale des ramifications terminales des pneumo-gastriques et sur les centres nerveux en altérant le sang.

La preuve de cette action locale par l'intermédiaire des nerfs vagues, c'est qu'au lieu de la congestion hyperémique de la muqueuse gastrique, du duodénum et du foie, leur teinte violacée ou lie de vin avec abondance de mucus et de liquide séreux, à la suite de l'empoisonnement par l'émétique, on trouve les muqueuses de l'estomac et de l'intestin pâles ou légèrement rosées, sans sécrétion surabondante, quand ces nerfs ont été préalablement sectionnés.

Ils sont de même les intermédiaires des troubles cardiaques qui s'observent, comme l'accélération du pouls, son irrégularité, son ralentissement les traduisent. Il devient au contraire très-rapide et conserve sa fréquence jusqu'à la mort lorsqu'ils sont sectionnés, de même que lorsqu'on atropinise les animaux, l'atropine suspendant l'action des pneumo-gastriques. (*Lo Sperimentale,* décembre 1875.)

EMPOISONNEMENTS. En comparant l'action de la digitale à celle des sels biliaires sur les grandes fonctions de l'économie, MM. V. Feltz et Ritter se sont assurés que la température baisse environ de un degré pour ces deux substances lorsqu'elles sont administrées à un centième environ. La respiration devient aussi irrégulière, sans grands écarts, et le pouls baisse également. La seule différence, c'est que la descente du pouls dure très-peu, après l'administration de la digitale, et est suivie d'une accélération persistante ensuite, tandis que rien de semblable ne s'observe avec les sels biliaires. La tension artérielle est beaucoup moindre avec ceux-ci qu'avec celle-là et la diminution de poids est également beaucoup moindre sous l'influence des sels biliaires qu'avec la digitale.

Tandis que le pouls est encore impressionné après la section des pneumo-gastriques et des sympathiques, dans l'empoisonnement par les sels biliaires, il ne l'est plus du tout avec la digitale.

A dose toxique, la température et le pouls fléchissent régulièrement jusqu'à la mort avec les sels biliaires, tandis que, chez les chiens digitalisés, ils ne s'abaissent progressivement que jusqu'à un certain point, soit 7 à 8 degrés pour la

température et la moitié seulement du chiffre normal des pulsations. La diminution de la tension artérielle est moins marquée. La mort subite, quand elle arrive, survient toujours avec un pouls très-accéléré et très-petit.

De là, la conclusion que l'action des sels biliaires agit sur le sang comme son altération morphologique et les hémorrhagies en sont la preuve; tandis que la digitale s'exerce principalement sur le système nerveux. Le cœur est ainsi en état de relâchement après la mort, tandis qu'on le trouve en état de contraction tétanique après les intoxications biliaires. La différence d'action est donc bien sensible. (*Acad. des sciences*, juin.)

Contre-poison officinal multiple. Le peroxyde de fer hydraté, proposé par M. Dorvault, subissant avec le temps une modification moléculaire qui le rend infidèle contre les préparations arsénicales, M. Jeannel propose de lui substituer le mélange instantané des deux préparations suivantes :

D'une part :

Solution de sulfate ferrique D. 1,45	100 grammes.
Conservez dans un flacon bouché.	

D'autre part :

Magnésie calcinée	80 grammes.
Charbon animal pulvérisé et lavé	40 —
Eau distillée	800 —
Conservez dans un litre bouché.	

Au moment du besoin, on verse la première solution dans ce litre en agitant fortement. La réaction est complète et immédiate avec élévation de la température. Ce mélange grisâtre a la consistance d'un sirop épais avec saveur alcaline comme celle d'un lait de magnésie.

On l'administre coup sur coup, par doses de 50 à 100 grammes.

Des expériences sur les animaux vivants et dans le vase ont montré que ce contre-poison rend complétement insolubles les préparations d'arsenic, de zinc et de digitaline et sature entièrement l'iode libre. Il n'insolubilise pas aussi bien l'oxyde de cuivre et laisse en dissolution des quantités appréciables de morphine et de strychnine, mais en retarde les effets toxiques sur les animaux vivants et permettrait

peut-être d'administrer des évacuants salutaires. Il ne décompose ni ne précipite le cyanure de mercure, l'émétique, les alcalis minéraux, le phosphore ni les hypochlorites. (*Répert. de pharmacie.*)

Iodure d'amidon. Bellini conseille de l'employer comme antidote chimique et comme agent d'élimination et de dépuration, dans l'empoisonnement par le soufre et les sulfures alcalins et terreux, de préférence aux autres antidotes chimiques. On peut l'employer aussi contre l'empoisonnement par les alcalis caustiques et par l'ammoniaque, par les alcaloïdes, de préférence à la teinture iodo-iodurée dont il n'a pas les propriétés irritantes, et dans les intoxications mercurielle et saturnine. Un vomitif doit être administré peu de temps après et, si l'animal ne peut vomir, favoriser les évacuations alvines à l'aide de purgatifs et de lavements. (*Lo Sperimentale,* septembre 1875.)

Transfusion. Elle a été pratiquée avec succès par M. Vleminckx sur un cocher de vingt-cinq ans, apporté à l'hôpital Saint-Jean, le 11 janvier, à demi asphyxié par l'oxyde de carbone. Malgré les soins employés, le cœur cesse de battre par moments, la respiration se ralentit, l'insensibilité est complète, l'état comateux profond et des convulsions tétaniques se succèdent sans interruption. Au grossissement de 450, on constate une altération morphologique des globules rouges du sang, qui restent séparés et ne s'empilent pas.

M. Casse pratique alors la transfusion et injecte en tout 67 grammes de sang. Les battements du cœur reparaissent avec plus d'énergie, le malade est pris d'un frisson violent, les convulsions cessent. Une amélioration survient vers six heures et se maintient les jours suivants. Le malade sort de l'hôpital, le 19 janvier, après avoir présenté des fourmillements dans les membres inférieurs, des douleurs sourdes dans le dos et les reins, une obtusion de la sensibilité à la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche. (*Acad. de méd. de Belgique.*) Voy. DIGITALISME, MORPHINISME, PHOSPHORE.

Empoisonnement par l'acide phénique. *Urines violettes.* Chez une femme qui avait bu par erreur 10 grammes d'une

solution assez concentrée d'acide phénique, le docteur Viart a trouvé les urines d'une couleur violette, assez semblable à du vin rouge étendu. La matière colorante n'ayant pas été recherchée, il est impossible de savoir si l'absorption de l'acide en était la cause et d'assigner aucune valeur à ce signe. (*Mouvement méd.*, nº 41.)

Empoisonnement saturnin. Deux cas en ont été observés par M. le docteur Gibert, du Havre. Un rédacteur de journal éprouvait, depuis deux ans, des troubles gastriques variés et surtout une dyspepsie qu'aucune médication ne modifiait. La cause en fut reconnue dans l'habitude où était le malade de tenir chaque jour dans sa bouche une assez grande quantité de pains à cacheter rouges dont il se servait pour réunir des fragments de journaux découpés. La couleur rouge étant produite par du minium, il s'empoisonnait ainsi lentement.

Un professeur de l'Université s'empoisonnait de même sans le savoir avec le plomb. Le liseré accusateur de ses gencives ne permettait pas d'en douter. Je suis bien certain cependant, disait le malade, de ne pas manger de plomb!

On eut recours à l'iodure de potassium pour le convaincre ; un peu de ce réactif, versé dans ses urines, mit en évidence la présence de plomb.

Ce ne fut qu'à force d'interroger le malade que le médecin finit par savoir qu'il avait pris l'habitude d'user d'une quantité énorme de cachou de Bologne. Une boîte ne lui faisait pas deux jours. Le cachou fut analysé. Chaque boîte renfermait 20 centigrammes de plomb.

Aménorrhée. Elle en serait le signe primitif chez les femmes en particulier, suivant le docteur Stretch Dowse. Ce symptôme est apparu, avant tout autre et à plusieurs reprises, chez trois femmes qui travaillaient à la fabrication de la céruse, alors qu'il n'y avait aucune lésion des centres nerveux ni des muscles, pas plus que de liseré gingival. Chez l'une d'elles, la prostration était extrême avec crampes gastriques et abdominales violentes, vomissements. Urine légèrement albumineuse, peau jaunâtre. Mais, chez toutes, l'aménorrhée était primitive et il suffit du traitement spécifique pour voir reparaître les règles. (*Med. Times* et *Archiv. de méd.*, novembre). V. Chromates, Coliques de plomb.

Empoisonnement par les champignons. *Variation des signes.* Quatre observations recueillies à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. J. Michel confirment ce fait, énoncé par M. Tardieu dans son *Traité des empoisonnements*, que l'absorption de champignons, en apparence semblables, produit des effets toxiques tout différents, même chez les membres d'une même famille. Au lieu de la dilatation de la pupille, c'est ici sa contraction inégale et considérable. Les troubles de la vision, donnés comme un élément de diagnostic, ont été nuls. L'agitation convulsive des muscles du cou, signalée comme si fréquente par M. Rabuteau, au point qu'il en fait un poison musculaire, ne s'est rencontrée dans aucun cas. Elle ne résulte que d'expériences faites sur les animaux. La céphalalgie a été constante chez les trois empoisonnés qui ont guéri; c'était le coma chez celui qui est mort. Les troubles intestinaux, vomissements, diarrhée sont fréquents, ainsi que le refroidissement du corps, l'affaiblissement de la sensibilité, avec agitation, délire; des douleurs articulaires se sont montrées dans un cas grave. Hyposthénisants ici, ces effets sont stupéfiants là. Il n'y a donc aucun signe pathognomonique. Le seul à invoquer comme tel est la présence de spores dans les vomissements ou dans les matières fécales qui résistent au travail de la digestion. C'est donc à les examiner, dès le début, que l'on doit s'appliquer, car on n'en trouve plus dès le deuxième jour. (*Gaz. hebd.*, n° 42.)

ENSEIGNEMENT. Le mouvement commencé l'année dernière a continué avec une plus grande ardeur. Il s'agissait d'abord, avec une majorité si franchement républicaine des députés de la nation, d'abroger la loi du 12 juillet 1875 qui faisait entrer dans les jurys d'examen des Facultés, l'élément religieux des Facultés libres et de réserver à l'État la collation des grades. C'est ce que M. Waddington, ministre de l'instruction publique, s'est empressé de faire en présentant un projet de loi à cet égard dont voici la teneur.

Article unique. Sont abrogées les dispositions des articles 13, 14, 15 de la loi du 12 juillet 1875, et ceux-ci remplacés par les suivants :

Art. 13. Tous les examens et épreuves préparatoires qui déterminent la collation des grades ne peuvent être subis que devant les Facultés de l'État.

Art. 14. Les élèves des Facultés libres, qui voudront subir des examens tendant à l'obtention d'un grade, devront justifier qu'ils ont pris, dans la Faculté dont ils ont suivi les cours, le nombre d'inscriptions voulu par les règlements et qu'ils se trouvent dans les conditions déterminées par l'article suivant.

Art. 15. Les élèves des Facultés libres sont soumis aux mêmes règles que ceux des Facultés de l'État, en ce qui concerne les conditions d'âge, de grades, d'inscriptions, de stage dans les hôpitaux, les délais obligatoires entre chaque grade et les droits à percevoir.

Un règlement, délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les conditions auxquelles un étudiant pourra passer d'une Faculté dans une autre.

Après des débats vifs et orageux, ce projet était adopté le 7 juin à la Chambre des députés, par une majorité de 357 voix contre 123, et l'on devait croire que cette manifestation imposante serait d'autant plus respectée par le Sénat que le gouvernement y donnait son adhésion. Mais un grand nombre de ceux qui avaient voté la loi à l'Assemblée nationale se retrouvant au Sénat, ils ont voulu, fidèles à leur titre de conservateurs, conserver leur œuvre envers et contre tout, même la volonté du pays; et, à la majorité de 144 voix contre 139, la modification précédente a été repoussée.

De par MM. de Broglie, Dupanloup, Wallon et Laboulaye, la France verra donc fonctionner les jurys mixtes que la Belgique, après une longue expérience de ce système bâtard, vient d'abolir en raison de leurs mauvais résultats pour l'enseignement supérieur. Heureusement la médecine en sera exempte, au moins pour quelque temps, car, jusqu'ici, aucune Université libre n'a réussi à fonder une Faculté de médecine, et il est à prévoir que le clergé, malgré ses efforts, n'y réussira pas facilement sous un gouvernement républicain qui peut y mettre obstacle en refusant son approbation.

C'est ainsi qu'à Lille, l'Institut catholique qui était parvenu, sous le règne du gouvernement de combat, à obtenir de la commission des hospices une convention lui assurant, pour une somme dérisoire, deux cents lits à l'hôpital Sainte-Eugénie et la jouissance d'un pavillon entier où devait être établie la Faculté médicale, s'est vu refuser la ratification de

ce traité par le Conseil municipal, qui n'a pas été approuvé davantage par le ministre de l'intérieur.

Ce n'est pas tout. Tandis que l'on refusait à la Faculté de médecine catholique les moyens de se constituer, la Faculté d'État, rétablie par décret du 12 novembre 1875, était rapidement pourvue de tous les moyens de fonctionner dès la rentrée scolaire de cette année.

Voilà qui est répondre en maître aux provocateurs cléricaux qui prétendaient forcer le gouvernement à subir leurs volontés. C'est aux vrais libéraux à résister ainsi, par tous les moyens possibles, à ces envahissements dangereux du cléricalisme. Sa doctrine, contraire à celle de la science libre, ne peut qu'en abaisser l'étude et le niveau sous sa direction et son influence néfastes.

Une grande faute a pourtant été commise, suivant nous, par M. Waddington et le gouvernement tout entier dans la présentation de ce projet de loi. Ç'a été de réserver exclusivement au corps enseignant de l'Université, l'examen de ses propres élèves dans les différentes Facultés. Il y a là un antagonisme de fonctions. C'est la négation même du progrès dans l'enseignement par le défaut d'émulation entre les professeurs. On n'est guère disposé à se condamner soi-même ni à se trouver insuffisant ou en défaut. Comment refuser des élèves qui répètent si bien vos leçons?

Un jury renouvelé chaque année et choisi parmi les illustrations scientifiques afférentes aux diverses Facultés, placées en dehors de l'enseignement, comme les membres des Académies par exemple, sans distinction d'opinion, de parti politique ni de religion, eût eu bien plus de chances d'être adopté, car on pouvait même y faire figurer cette année le fougueux évêque d'Orléans pour satisfaire son parti. C'eût été habile en étant logique, juste et loyal, et c'est toujours là la meilleure habileté.

Dans l'état actuel, il faut attendre les résultats du nouveau système. Ils ne peuvent guère être satisfaisants pour les Facultés où les jurys mixtes sont appelés à fonctionner, si l'on en juge par la facilité relative que les cléricaux mettent dans leurs examens. Il résulte, en effet, des chiffres officiels des examens passés depuis 20 ans dans les établissements d'enseignement supérieur de l'État, que c'est dans les Fa-

tés de théologie où l'on se montre le moins difficile. En
i la preuve.

ACULTÉS.	ANNÉES.	EXAMENS.	ADMISSIONS.		AJOURNEMENTS
ttres...	1855	4,819	2,144	de 44 à 47 p. 100	2,675
	1860	5,650	2,591		3,059
	1865	9,379	4,194		5,185
	1869	9,117	4,352		4,765
	1873	10,266	4,578		5,688
iences...	1855	5,512	2,218	de 43 à 48 p. 100	3,294
	1860	7,434	3,642		3,793
	1865	5,386	2,382		3,004
	1869	5,898	2,599		2,799
	1873	6,385	2,726		3,659
éologie.	1855	41	40	de 84 à 100 p. 100	1
	1860	49	49		«
	1865	69	68		1
	1869	82	79		3
	1873	39	38		1
it.....	1855	5,636	4,780	de 83 à 85 p. 100	856
	1860	5,428	4,470		958
	1865	7,283	6,126		1,157
	1869	8,510	7,173		1,337
	1873	8,902	7,351		1,551
lecine .	1855	4,593	3,969	de 86 à 89 p. 100	624
	1860	3,901	3,344		557
	1865	5,011	4,405		606
	1869	5,384	4,825		559
	1873	6,142	5,271		871
macie.	1855	1,455	1,297	de 88 à 91 p. 100	157
	1860	2,020	1,779		241
	1865	1,990	1,764		226
	1869	2,164	1,972		192
	1873	2,897	2,611		285

st donc bien en théologie qu'il y a le moins de refusés
u'il n'y en a eu que 6 sur 271 examinés.

its d'examens des jurys mixtes. Un décret du 16 août,
ppelant que le montant de ces droits est le même que
des Facultés de l'État, règle le partage qui devra en être
e la manière suivante. Ceux d'examens seront partagés
oitié entre l'État et l'Université libre. Les droits de
cats de capacité ou d'aptitude, de diplôme, de visa, de
ata de diplôme et de certificats formant brevet, ap-

partiendront en totalité à l'État qui, seul, a qualité pour délivrer lesdits certificats et diplômes.

Faculté de Paris. Un relevé authentique des étudiants en médecine à la Faculté de médecine de Paris, au 10 février 1876, en fixe le nombre à 6,421 dont 309 militaires seulement. On voit donc que son crédit, sa réputation n'ont pas faibli, et que bien peu de Facultés étrangères, même d'Allemagne, peuvent invoquer une pareille affluence d'élèves.

Écoles de plein exercice. En attendant que les Facultés de médecine de Lyon et de Bordeaux puissent être définitivement instituées, le Ministre de l'instruction publique a décidé que les Écoles préparatoires de ces deux villes jouiraient de l'avantage du plein exercice et que les étudiants qui y font leurs études pourraient y prendre leurs seize inscriptions comme à Marseille et à Nantes.

Traitement des professeurs. Un décret du 14 janvier, rendu sur la proposition de M. Wallon, conformément à l'article 24 de la loi du 12 juillet 1875 lui imposant l'obligation de réaliser des améliorations et des réformes dans l'enseignement supérieur, a fixé le traitement des professeurs dans les Facultés des sciences et de médecine de 6 à 10,000 francs, en leur enlevant le produit éventuel de la présence aux examens, conformément à la loi du 22 décembre 1875. Toutefois, pour assurer le service de ceux-ci et l'exactitude des professeurs, l'article 5 de ce décret dispose qu'une réserve sera faite sur ce traitement pour leur être payée ou retirée tous les cinq ans, suivant leur assiduité à ces examens, tandis que rien de semblable n'est stipulé pour assurer le service des cours et des leçons. Seulement l'article 6 dispose très-arbitrairement que tout professeur autorisé à se faire suppléer par un agrégé perdra son droit à siéger aux examens où l'agrégé le remplacera en touchant la moitié intégrale du traitement total de la chaire.

Différentes objections ont été faites à ces mesures dont on a même discuté la légalité. Que le traitement des professeurs soit définitivement réglé en conformité de la loi du 22 décembre, c'est bien ; mais pourquoi rétablir indirectement l'*éventualité* du produit de leur présence aux examens que la loi a prescrit de détruire et comment en-

u professeur remplacé à son cours le droit d'assister férents actes de la Faculté, aux examens en particu-iglé et établi par la législation antérieure et non e? C'est placer un simple décret en dehors et au-de la loi. Pourquoi un professeur ne pourrait-il pas cer à ces examens l'un de ses collègues malades? que la Faculté de médecine de Paris, consultée par ddington sur l'opportunité de ces mesures, n'a pas é de lui signaler en en demandant l'abolition et en ant au contraire les droits de présence aux examens eption des officiers de santé, des sages-femmes et ous les membres des concours de la Faculté. (*Gaz.* ., n° 18.)

autre objection est de savoir sur quelles bases se la différence du traitement. Sera-ce suivant la Fa-u la chaire? La latitude considérable laissée à cet peut bien favoriser l'arbitraire ou des visées secrète Waddington pourra bien déjouer par des mesures ires.

ques des maladies mentales. Un amendement, proposé le docteur Clémenceau et adopté par la Chambre utés, crée une chaire de clinique des maladies men-la Faculté de médecine de Paris. Ce fait coïncidant rétablissement de l'enseignement clinique dans les x d'aliénés, supprimé despotiquement par M. le préfet eine, en assure définitivement la continuation dans

Ignement en Belgique. Une nouvelle loi sur l'ensei-it supérieur a été votée le 8 avril et promulguée le pour entrer en vigueur le 1er octobre de cette année, nt celles de 1861 et de 1857 sur le même sujet. La ion principale en est la liberté de l'enseignement ur par tout établissement d'instruction composé de Facultés au moins : lettres, sciences, droit et méde-nseignant les matières prescrites par la loi, et surtout de conférer des grades à leurs élèves valables pour ce professionnel. Au lieu des jurys mixtes ou com-es professeurs de l'État et ceux des Facultés mixtes, se faisant souvent des concessions réciproques pour

leurs élèves respectifs, avaient abaissé le niveau des études, chaque Faculté imprimera le caractère, le cachet spécial de son enseignement à ses élèves et ses docteurs. Un jury central, composé de professeurs de l'enseignement officiel et libre avec un président choisi en dehors du corps enseignant, est aussi institué pour examiner les candidats nationaux et étrangers n'ayant pas étudié dans une Université. Quant à la consécration de la validité de ces diplômes divers, elle consistera dans leur entérinement par une commission de six membres, quatre académiciens et deux magistrats, sans lequel ils seront sans valeur pour l'exercice professionnel. Telle est surtout la grande innovation dont le succès est si peu assuré que la révision même de la loi a été fixée avant le 1er octobre 1880.

Plusieurs autres innovations de détail en résultent pour l'étude de la médecine, comme pour les autres Facultés. Un nouveau grade est institué : celui de candidat précédant celui de docteur, comme celui de candidat en médecine doit être expressément pourvu du titre préalable de candidat en sciences naturelles, équivalant à celui de bachelier ès-sciences. Aujourd'hui nul ne peut être reçu docteur en médecine, s'il ne justifie de ce titre de candidat en médecine, chirurgie et accouchements, lequel n'est accordé qu'après un ou deux examens sur l'anatomie comparée descriptive des régions et de texture, sur la physiologie, la pharmacognosie et les éléments de pharmacie. Une épreuve pratique, consistant en démonstrations anatomiques, macroscopiques et microscopiques, est aussi exigée. Le doctorat ne s'acquiert qu'après trois années d'études et trois épreuves au moins sur la pathologie et la thérapeutique générales, y compris la pharmacodynamique; la pathologie et la thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales; la pathologie chirurgicale y compris l'ophthalmologie, l'anatomie pathologique, la théorie et la pratique des accouchements; l'hygiène publique et privée, la médecine légale, non compris la chimie toxicologique, la clinique interne et externe, la théorie et la pratique des opérations chirurgicales avec des démonstrations pratiques d'anatomie des régions et d'anatomie pathologique microscopique. C'est aux Universités à diviser ces matières comme elles l'entendront.

Si la publicité donnée aux examens est une garantie de leur valeur, puisque chacun en y assistant peut en contrôler la sévérité, nul doute cependant qu'ils ne reflètent les méthodes et les doctrines enseignées. Et comme ces méthodes et ces doctrines seront différentes, quant aux bases mêmes de la science, les diplômes résultant de ces sources nombreuses d'examens divers seront l'expression d'idées et de doctrines souvent opposées, antagonistes, contradictoires, qui se reflèteront jusque dans l'exercice professionnel, dans la pratique même, ce qui ne contribuera guère à l'unité de la science et de la profession.

Malgré cette extrême libéralité de la Belgique à fournir à tout venant un titre professionnel, on s'étonne de voir l'État se réserver encore la faculté d'accorder des dispenses spéciales pour certaines branches de l'art de guérir et des dispenses à ses nationaux et les étrangers munis de diplômes entérinés. A voir comment le gouvernement français a usé de cette faculté avec certain oculiste belge, on peut craindre que cette réserve ne soit encore la source de grands abus.

Des mesures vraiment libérales sont pourtant consacrées par cette loi. Telles sont les bourses d'encouragement à accorder par concours aux élèves pour s'instruire à l'extérieur, et aux médecins belges pour aller se perfectionner à l'étranger. L'assimilation des anciens diplômes, inférieurs au titre de docteur en médecine, au grade de candidat, mérite aussi d'être approuvée puisqu'elle permet à leurs possesseurs de se présenter dans une Université pour y étudier ou se perfectionner, ou devant le jury central pour se faire recevoir.

Enseignement en Suisse. L'arrêté du grand Conseil du canton de Genève du 20 juin 1873, créant une Faculté de médecine dans cette ville, vient de recevoir son exécution. L'inauguration de cette Faculté a eu lieu, avec un grand éclat, le 26 octobre. Toutes les autorités du Canton et les représentants du corps judiciaire, de l'Université, des Académies et des Colléges y figuraient en corps.

Des étudiants des trois autres Facultés suisses de Berne, Lausanne et Neuchâtel y figuraient aussi au nombre de trois cents. Une délégation des étudiants français s'y trouvait avec le drapeau tricolore, à côté de celles de toutes les autres

sociétés suisses d'étudiants, leurs présidents en tête. Cette mise en scène imposante s'est rendue processionnellement, musique en tête, de l'hôtel de ville au siége de l'Université.

Voici donc Genève au même rang que Berne, Zurich et Bâle. Une Faculté de médecine manquait à sa vieille Université fondée par Calvin en 1559. Cette fondation la complète et contribuera à sa prospérité par l'appel de plusieurs professeurs français et étrangers. C'est un événement aussi considérable pour la France que pour la Suisse.

Enseignement en Angleterre. Comme preuve de la nécessité, l'urgence même de relier et d'unir ensemble tous les corps médicaux enseignant du Royaume-Uni, quant aux examens, on a fait valoir, à la dernière session du *Médical council*, les différences suivantes des admissions et des non-admissions au premier examen, pendant 1875, dans les diverses institutions.

	Admissions.	Refus.
Collége des chirurgiens anglais........	511	256
Collége des médecins et des chirurgiens d'Edimbourg........................	50	45
Faculté de Glasgow..................	35	34
Collége de chirurgiens d'Irlande.......	119	62
Université de la Reine................	77	66

A la Chambre des apothicaires de Londres, au contraire, la sixième partie seulement des candidats au premier examen ont été ajournés et 9 sur 237 au second, tandis qu'au Collége des chirurgiens anglais, de même qu'un tiers avaient été refusés au premier, il y en a eu le quart au second, soit 129 pour 369 admissions.

L'étudiant est maintenant si embarrassé, a dit sir W. Gull, avec les règlements et les examens de toute sorte, qu'il est moins occupé d'apprendre sa profession que de passer ses examens. Et, quand il les a passés, trop souvent après une période de renvois décourageants et humiliants, il s'aperçoit qu'il ne sait pas ce qu'il aurait besoin de savoir et commence seulement à apprendre sa profession. (*Lancet*, nº 24, p. 870.)

L'expérience des jurys, dit ce journal, leur a montré que les élèves se présentent aux examens remplis de notions élevées sur les cellules et les cytoblastes, mais ignorants des faits vulgaires de l'anatomie; plaçant, par exemple, le foie

à gauche et ne sachant pas quels sont les muscles affectés dans le pied-bot. Et c'est ainsi que les corps examinants qui sont résolus à être sévères, refusent presque autant de candidats qu'ils en admettent (n° 23, p. 827). Le système d'enseignement qui donne de tels résultats n'est donc pas meilleur en Angleterre qu'en France.

Un grand danger peut résulter des conditions graduellement plus difficiles et onéreuses imposées aux étudiants en médecine, sur le nombre des médecins, a dit le professeur Acland dans son discours d'ouverture au *Medical council*. Il montre en effet, d'après la statistique du docteur Farr, que le nombre proportionnel des médecins va graduellement en diminuant, dans le Royaume-Uni, par les chiffres suivants :

	Angleterre.	Ecosse.	Irlande.
En 1851	9 7 par 10.000 habitants.	7.2	4
1861	8.3 —	6.1	5
1871	7.8 —	5.2	6

La diminution est donc croissante depuis 30 ans, excepté en Irlande où le contraire s'observe, comme une preuve de la prospérité de ce pays. (*Lancet*, n° 22, mai.)

Enseignement en Allemagne. Sur 1987 étudiants inscrits à l'Université de Berlin pendant le semestre d'été, soit 166 de moins que dans le précédent, il n'y en avait que 270 en médecine dont 87 seulement n'étaient pas prussiens, la plupart russes, suisses ou américains du nord; 68 professeurs étaient destinés à les enseigner.

Lehren und Lernen der medicinischen wissenschaften, (Études et enseignement des sciences médicales), par le professeur Billroth. Vienne, 1876. Ce factum, sur l'enseignement et les études médicales dans les principales Facultés européennes, n'a pas seulement provoqué des troubles à l'Université de Vienne, ainsi que des interpellations au Parlement, il a suscité partout et notamment en France des réclamations contre les appréciations, les critiques mal fondées et les jugements sommaires et inconsidérés qu'il contient sur notre enseignement et nos professeurs. Ceux de clinique surtout sont le point de mire des sarcasmes de l'auteur. Ils ne donnent, d'après lui, pas plus de deux à

trois heures de leçons bien préparées, étudiées d'avance pour ne rien laisser à désirer devant l'élève qui doit en être étonné, enthousiasmé par la science profonde dont le maître fait preuve. La même chose se passe dans les opérations, de manière que la forme annihile le fond. Nos professeurs de clinique ne seraient ainsi que des charlatans, et leurs auditeurs des imbéciles. C'est dire implicitement qu'ils doivent aller à Vienne, au cours de M. Billroth, en particulier, pour s'assimiler la science infuse.

En échange des appréciations flatteuses, de la glorification de l'enseignement médical allemand, fait, après l'avoir vu, par les admirateurs français : Jaccoud, Lorain, Le Fort, voilà le jugement que nous renvoie sur le nôtre, et sans le connaître, le professeur tudesque. Procédé d'Allemand. L'injustice qui règne d'un bout à l'autre de ce livre et qui en est le cachet, même sur les étudiants allemands, les Juifs en particulier à cause de leur pauvreté, et qui a valu à l'auteur de cruelles huées, justement méritées, est un titre qui doit être signalé, mais sans s'en émouvoir. Quand M. Billroth aura réussi à rendre la Faculté de Vienne aussi célèbre et fréquentée que celle de Paris avec ses opérations excentriques, il sera temps de suivre son exemple.

ÉPANCHEMENTS. **Épanchements pleurétiques.** Il est très-difficile d'en déterminer l'abondance et même l'existence, suivant M. Bouilly. Aucun des signes fixés par les auteurs n'est absolument certain à cet égard, surtout pour les épanchements faibles et moyens, c'est-à-dire de 500 à 1.000 ou 1,500 grammes; ceux de 2 à 3,000 grammes sont les plus faciles, bien que tous les signes rigoureux en existent parfois sans qu'il y ait de liquide, comme il le montre irréfutablement par des observations cliniques recueillies dans les hôpitaux. Ce sont des exceptions sans doute et l'on dira peut-être que c'est épiloguer que de les relever ainsi, rien n'étant absolument mathématique en clinique; mais devant l'indication plus ou moins pressante de la thoracentèse qui s'ensuit, et les accidents qui peuvent en résulter, on comprend combien ces détails peuvent éviter de méprises fâcheuses. V. THORACENTÈSE.

Des pleurésies au début donnent ainsi de la matité, du souffle et de l'égophonie très-étendus avec diminution des

vibrations thoraciques et ampliation même du côté malade, sans qu'il y ait encore exsudation de liquide; il n'y a qu'*enchifrènement* de la plèvre doublée de fausses membranes humides, œdème et congestion du tissu cellulaire sous-pleural, et, lorsque le liquide se forme, les signes précédents sont beaucoup plus localisés qu'au début. Et de même qu'ils persistent après la ponction et le liquide extrait, on peut les constater dans de vieilles pleurésies, alors que le liquide est presque entièrement résorbé. Dans d'autres cas, la formation abondante de fausses membranes molles, infiltrées de liquide, simule parfaitement un épanchement, de même que certains cancers de la plèvre ou d'autres tumeurs. Enfin l'épanchement est localisé dans certaines pleurésies interlobaires ou diaphragmatiques, de telle sorte que le trocart tombe juste sur lui, de même que dans les épanchements peu abondants et limités à la partie inférieure du thorax.

Les meilleurs signes de l'épanchement sont obtenus, suivant M. Bouilly, par les moyens externes. Une matité dure, absolue, sans élasticité, douloureuse à la percussion, l'indique sûrement. Son extension en avant et surtout près de la clavicule indique son abondance. L'abolition absolue des vibrations thoraciques à la palpation dans toutes les parties mates et surtout en avant confirme ce diagnostic. Une sensation de plénitude, de tension sous la main, aplatie sur la région mate, ne cédant pas à la pression, comme si elle était constituée par un corps dur, solide, indique l'abondance du liquide.

Quant au déplacement du foie et du cœur, ce sont des signes subsidiaires, car l'épanchement devant exister au-dessus, pour l'expliquer et lui donner de la valeur, est déjà démontré par ce fait.

Par l'inspection du thorax, l'effacement des espaces intercostaux ne peut se constater que chez les sujets maigres. La dilatation ne peut se constater que par la mensuration. Mais la voussure localisée en avant ou en arrière, surtout avec effacement de la gouttière inter-vertébrale, est un signe bien plus sûr et préférable pour la constatation de l'épanchement.

Par l'auscultation, si le souffle et l'égophonie indiquent le plus souvent la présence du liquide, ils ne sont pas in-

faillibles et ne donnent jamais la mesure de sa quantité. Il n'y a que le silence absolu, coïncidant avec la matité et la sensation manuelle de tension et de plénitude de la poitrine, qui indique un vaste épanchement. (*Arch. de méd.*, mars, avril et mai.)

Diagnostic de la nature du liquide. Par neuf années de recherches et d'études dans sa clinique médicale de l'Université de Rome, le professeur Baccelli s'est assuré de la résonnance des ondes sonores pulmonaires et leur transmission à l'oreille, par l'auscultation, à travers les couches de certains liquides. Plus le liquide est tenu, séreux et moins dense, c'est-à-dire peu chargé d'albumine et de sels, et mieux cette transmission a lieu. L'épaisseur de ces liquides, leur densité, augmentent la résonnance de ces ondes sonores, mais ne peuvent les transmettre. La voix et les râles ont ainsi une résonnance très-forte, mais seulement dans les points du poumon accessibles à l'auscultation. C'est pourquoi la transmission n'a pas lieu dans les épanchements séro-fibrineux, chargés plus ou moins de corpuscules pyoïdes ou épithéliaux et de granulation, sinon à la partie supérieure de l'épanchement où il est plus tenu. Elle est nulle à travers les épanchements purulents ou sanguins. Un grand intérêt s'attache donc à la transmission des ondes sonores.

Pour la constater, le malade est assis ou étendu commodément sur son lit, le médecin applique fortement son oreille sur la poitrine, en bouchant l'oreille opposée avec l'index, afin que les vibrations aériennes ne compliquent pas l'examen. La tête du malade doit être placée dans une direction diamétralement opposée à l'oreille du médecin qui ausculte, afin que le faisceau des vibrations orales soit dans une direction perpendiculaire à cette oreille et que l'auscultation en soit ainsi facilitée et rendue plus exacte.

Dans cette situation, on fait prononcer au malade, à voix basse et à plusieurs reprises, le mot *trente-trois*, ou mieux en italien *trentatre*. Si l'épanchement est séreux, quelle qu'en soit l'épaisseur, la voix articulée aphone la traversera aisément et arrivera distinctement à l'oreille de celui qui ausculte. S'il est dense et renferme une grande quantité de leucocytes, la voix aphone ne s'entendra pas. Si, manquant en bas, elle s'entend plus distinctement à mesure que

l'oreille remonte et ausculte les couches supérieures, on pourra conclure à un épanchement séro-fibrineux dont les parties solides, les flocons fibrineux sont déposés ou flottent dans les parties inférieures, tandis que les couches supérieures sont liquides et plus tenues. On peut ainsi mesurer avec précision la densité du liquide et sa hauteur par l'auscultation. (*Arch. di med. di Roma*, 1875.)

C'est assurément là une grande découverte clinique si elle se confirme. Car, en faisant connaître la nature du liquide, elle permettra d'insister sur les révulsifs tant qu'il reste séreux et de ne pas courir sitôt ni si souvent les dangers de la thoracentèse, comme aussi de mieux étudier et d'apprécier les causes qui peuvent le rendre purulent. Tous ces avantages ont déjà été mis en évidence par les observations suivantes de M. Guénéau de Mussy.

I. Un fondeur de cinquante-sept ans est pris subitement à l'hôpital d'un point de côté à droite avec fièvre et dyspnée. On constate tous les signes d'une pleurésie simple avec matité, s'étendant jusqu'à l'épine de l'omoplate, sonorité exagérée sous la clavicule, foie abaissé de 4 à 5 centimètres au-dessous des fausses côtes. Respiration obscure à la base, souffle doux et voilé au sommet. Égophonie très-marquée. La pectoriloquie est typique et la voix du malade pénètre l'oreille avec un chuchotement net dont toutes les syllabes sont parfaitement scandées.

Une amélioration rapide a lieu après plusieurs vésicatoires et, le 14 mai, douze jours après l'entrée du malade, la matité persiste en bas dans l'étendue de 5 à 6 centimètres de hauteur, respiration encore obscure, mais la pectoriloquie aphonique s'entend toujours, parfaitement caractérisée. Le malade allait partir pour terminer sa convalescence, lorsque, le 17, il est pris subitement de frisson, de céphalalgie avec température de 40° 4. C'était l'invasion d'un érysipèle de la face, épidémique dans les salles à ce moment.

Dix jours après, l'érysipèle était guéri, malgré deux abcès des paupières qu'il fallut ouvrir. Mais l'état de la poitrine avait bien changé. La matité était remontée rapidement jusque dans la fosse sus-épineuse; en avant, le foie dépassait les fausses côtes de 7 centimètres, les vibrations étaient abolies partout. Souffle tubaire en arrière se prolongeant

jusqu'au cou le long de la colonne vertébrale. Voix sombrée et chevrotante ; la pectoriloquie aphonique est disparue et, au lieu de ce chuchotement pénétrant si caractéristique, ce n'est plus qu'un bruit confus de mots dont on percevait à peine la dernière syllabe.

En se basant sur le signe de Baccelli, on diagnostiqua une transformation purulente de l'épanchement séreux que tous les autres symptômes confirmaient : Maigreur rapide, diarrhée, infiltration, fièvre vespérale. L'anxiété est si grande que le malade accepte la ponction refusée jusque-là. On retire 2,300 grammes d'un liquide trouble, séro-purulent, contenant une grande quantité de leucocytes. Syncope mortelle dans la soirée.

L'autopsie montre encore un litre environ de liquide purulent dans la plèvre avec le poumon refoulé en arrière et en haut vers la colonne vertébrale, recouvert de fausses membranes grisâtres, purulentes, mais atélectasié seulement, tandis que le gauche est très-emphysémateux et congestionné à la base.

Le signe de Baccelli avait donc indiqué mathématiquement ici la transformation purulente, sous l'influence de la fièvre érysipélateuse, ce que les autres symptômes ne pouvaient que faire prévoir, supposer. Il n'a pas été moins précis chez un homme de peine de quarante ans, entré le 27 juin avec un épanchement considérable de tout le côté droit, avec inappétence, soif vive, diarrhée, sueurs nocturnes, dyspnée très-prononcée, œdème des parois thoraciques et abdominales.

La matité absolue en avant et en arrière du haut en bas, avec absence de murmure vésiculaire et souffle tubaire en haut, ne pouvait préciser autrement la nature de l'épanchement que par les symptômes généraux; mais, à la voix timbrée, égophone et à la voix chuchotée ne se transmettant pas à l'oreille à la base et ne donnant lieu qu'à un bourdonnement confus à retentissement cavitaire ailleurs, M. Guénéau de Mussy diagnostiqua un épanchement purulent. Un accès de suffocation ayant fait pratiquer la ponction, elle donna, en effet, issue à 800 grammes de liquide franchement purulent. Le soulagement du malade fait penser à pratiquer l'empyème le lendemain, mais une nouvelle suffocation emporte le malade dans la nuit.

La plèvre droite était remplie de deux litres environ de pus avec de petits débris de fausses membranes y surnageant. Poumon refoulé et comprimé, mais sain, tandis que le gauche est très-congestionné.

Dans plusieurs autres cas, au contraire, l'existence d'une pectoriloquie aphonique parfaite a permis, en donnant l'assurance de la nature séreuse et homogène du liquide épanché, de différer la ponction, malgré la durée de l'épanchement, et de persister dans l'application des vésicatoires pour en tenter l'absorption. Dans un cas en ville, ce n'est qu'à l'aide de ce signe que la résolution a été obtenue ainsi. C'est donc là un puissant encouragement à donner toute créance au signe découvert par l'ingénieux observateur romain. (*Union méd.*, nos 106 et 107.)

Ce signe ne serait pas aussi sûrement distinctif d'après les observations cliniques de M. Morand, médecin principal à l'hôpital militaire de Vincennes. Dans huit cas d'épanchement pleurétique, où il l'a observé conjointement avec le docteur Chopinet, l'un était manifestement purulent, car la thoracentèse, pratiquée le 22 juin, donna issue à deux litres de *liquide franchement purulent dès le début.* C'était du côté gauche, chez un soldat de 22 ans. La voix aphone n'ayant pas été recherchée auparavant, on s'occupa de le faire ensuite, et, le 3 juillet, la matité étant absolue en avant et en arrière dans toute la hauteur du côté, on perçut la pectoriloquie aphone aussi nette que possible; le malade parlant à voix basse, aucune syllabe n'échappait à l'oreille de l'observateur. Elle existait de même dans toute l'étendue du côté droit en arrière, quoique parfaitement sain.

Une incision de 4 centimètres, pratiquée sur la ligne axillaire dans le septième espace intercostal, donna issue à deux litres un quart de pus épais et verdâtre et *une faible quantité de sérosité sanguinolente*, sur la fin de l'écoulement. (*Union méd.*, n° 132.)

Ce liquide franchement purulent, cette sérosité sanguinolente indiquent au moins quelque chose d'anormal dans la consistance, la pesanteur spécifique, l'épaississement du liquide. Il fallait donc en déterminer les qualités, sous ce rapport, aussi bien que la richesse globulaire au microscope, puisque l'existence ou l'absence de la pectoriloquie aphone

dépendent exclusivement de ces caractères. L'observation est donc incomplète à cet égard.

Étude sur la transmission des sons à travers les liquides endo-pleurétiques de différentes natures, par le docteur Baccelli (de Rome), suivie de quelques considérations sur les signes physiques de la pleurésie, par le docteur Noël Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, Paris.

Épanchements péritonéaux a frigore. Comme dans la pleurésie latente, le docteur G. Johnson a observé quatre cas d'épanchement péritonéal sans douleur ni fièvre et dont un refroidissement semblait la cause occasionnelle. Dans l'un de ces cas, l'épanchement eut lieu simultanément dans le péritoine et les plèvres avec albuminurie notable. Ce fut le seul où la température s'éleva sensiblement. Une ou plusieurs ponctions suffirent à les tarir et les diurétiques seuls donnèrent le même résultat dans le dernier. (*British med. Association,* août.) Ces cas rares méritent d'être cités et distingués des épanchements symptomatiques, afin de ne pas attribuer à certains remèdes une action curative qu'ils n'ont pas.

ÉPILEPSIE. Si la grossesse en est une cause immédiate, l'accès n'arrête pas le travail de l'accouchement pas plus que ceux de l'éclampsie, d'après le docteur John Parry; mais ces accès surviennent rarement durant la grossesse et encore moins pendant l'accouchement chez les femmes épileptiques. Elles ne sont pas d'ailleurs plus exposées aux convulsions puerpérales que les autres et les accès d'épilepsie pendant le travail ne tuent pas le fœtus comme les autres convulsions puerpérales. (*British med. journal,* novembre 1875).

Antagonisme avec l'accouchement. — Voy. ce mot.

Glace. Au lieu de l'appliquer sur la colonne vertébrale à l'exemple du docteur Chapmann, M. Charcot l'applique sur la région ovarienne chez les hystéro-épileptiques à *aura ovarien.* M. Féréol a guéri ainsi des femmes dans un état cachectique des plus graves avec contracture et parésie des membres infé-

rieurs, insomnie, inappétence, vomissements, toux aboyante, troubles circulatoires, abaissement de température, etc. On peut laisser la vessie de glace en place pendant une à deux heures, deux à trois fois par jour.

Chez les épileptiques présentant une fréquence anormale du pouls et des palpitations plus ou moins douloureuses et violentes, M. Charcot applique ces vessies sur la région cardiaque, durant un temps plus ou moins prolongé, matin et soir. (*Progrès méd.*, nos 12 et 13.)

Injections hypodermiques de bromure de potassium. Les doses de ce sel par la voie gastrique ont été portées si loin que l'on pouvait se demander si elles étaient réellement absorbées. 19 épileptiques, 12 hommes et 7 femmes, de l'asile de Pesaro, ayant été soumis à l'usage de ce sel, en 1874, en étaient arrivés graduellement à l'énorme dose de 20 grammes par jour, lorsque le docteur Frigerio, n'en voyant aucune influence sur les accès, tandis que la nutrition des malades en était altérée, suspendit ce sel et pensa l'injecter sous la peau. Il commença par la dose de 2 centigrammes dans un gramme d'eau distillée, en augmentant graduellement jusqu'à 50 centigrammes. Un sentiment de fourmillement s'irradiant de la piqûre dans tout le corps est l'unique symptôme signalé par les plus intelligents. Mais du deuxième au quatrième jour, une sugillation sanguine est apparue au siége de la piqûre pour disparaître bientôt par un traitement convenable.

Bien que les résultats de cette nouvelle médication ne soient pas encore connus, la diminution des accès était si notable, un mois après, que l'on pouvait espérer une amélioration sensible. (*Archivio ital. per le malatie nervose*, janvier et mai.)

Épilepsie provoquée. *Zone épileptogène chez l'homme.* De même que Brown-Séquard a démontré sur des cobayes, ayant subi l'hémisection de la moelle ou du nerf sciatique, qu'il suffisait de frotter, d'irriter, de chatouiller la région cervicale du côté correspondant au traumatisme pour faire naître des convulsions épileptiformes (V. *années* 1869, 70, 71 et 72), M. Bochefontaine a obtenu le même résultat chez un aliéné, épileptique depuis plusieurs années. Ses crises étaient

composées de plusieurs accès séparés par un intervalle de quelques jours pendant lesquels toute trace d'intelligence disparaissait complétement. Entre ces crises, des attaques partielles faibles avaient bien lieu, mais le malade en était toujours averti et pouvait s'asseoir pour en prévenir les suites.

M. Bochefontaine, l'ayant fait asseoir dans un moment des plus calmes entre deux accès, lui chatouilla, pendant une minute environ, le lobule de l'oreille gauche et la région cervicale correspondante avec les barbes d'une plume ; une petite attaque très-bien caractérisée eut lieu. Plusieurs fois répétée, cette expérience eut constamment le même résultat. (*Archiv. de phys. normale et pathol.* T. II, 1875.)

Le même fait a été constaté par Rinke sur un militaire qui fut pris d'épilepsie, le 10 février 1875, étant convalescent d'une fièvre typhoïde. L'attaque se renouvelait chaque soir, lorsque, le 11 mars, Rinke appliqua le matin, à titre d'expérience, un sinapisme sur le côté droit du cou dans l'angle formé par l'angulaire de l'omoplate avec le sterno-mastoïdien. Dix minutes après, des convulsions se manifestèrent dans les muscles de l'épaule et s'étendirent successivement à tous ceux du tronc et des membres, au point d'avoir un véritable accès d'épilepsie avec perte de connaissance, écume buccale, flexion des pouces, dilatation des pupilles, etc.

La même expérience, renouvelée deux jours après du côté gauche, eut le même résultat.

Le bromure de potassium ayant fait cesser les accès du soir pendant cinq jours consécutifs, une troisième expérience n'amena qu'un accès incomplet. Une quatrième expérience, tentée trois mois après la cessation des accès, produisit un accès complet auquel l'enlèvement du sinapisme mit fin aussitôt. (*Berlin. klin. wochens.*, septembre 1875.)

Épilepsie vermineuse. A mesure que l'observation du tænia devient plus fréquente, cette étiologie de l'épilepsie, quoique repoussée par quelques médecins sceptiques, se confirme d'une manière incontestable. Un homme présentait des phénomènes épileptiformes pour lesquels il fut traité par Trousseau et par M. Leroy de Méricourt. Ni l'un ni l'autre ne diagnostiquèrent une épilepsie réelle, mais le fait est que,

longtemps après, ce malade rendit quelques débris noirâtres dans ses garde-robes qui furent reconnus par M. Laboulbène pour des anneaux de tænia. Un tænicide fit rendre en effet un tænia vivant, de 6 mètres de long, et de couleur ardoisée. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1875.)

M. Van Peteghen a également observé trois fois des accès d'épilepsie et une fois des convulsions violentes chez des individus porteurs de tænias, et dont la présence paraissait déterminer ces accès. (*Idem*, mars.)

Il n'est dit dans aucun cas si l'expulsion du tænia mit fin aux accidents épileptiformes, ce qui serait la démonstration péremptoire de la cause. La variété du tænia armé ou non n'est pas spécifiée davantage, ce qui serait indispensable pour savoir si l'un provoque ces accidents plus que l'autre.

ÉPITHÉLIOMA. Loin de traiter la clinique en souveraine, les Allemands l'assujettissent à l'histologie et ne jurent que d'après elle. C'est ainsi que, dans les divisions et subdivisions histologiques du cancer, ils ont séparé le lupus de l'épithélioma, mais, celui-ci succédant souvent à celui-là, comment ne pas croire et dire que c'est la même maladie? Langenbeck en rapporte lui-même trois observations et Lewin relate 17 cas de transformation du lupus en carcinôme, avec examen microscopique, tirés de la littérature médicale allemande. Bardeleben, qui a observé plus d'un millier de lupus à Greifswald, n'en a jamais vu au contraire se transformer en carcinômes, et Langenbeck nie absolument l'identité de leur nature; suivant lui, quand le cancer se développe sur des points de la peau atteints de lupus, c'est toujours après de longues années, sur des cicatrices anciennes, siége d'une irritation persistante. Il se développe là, comme sur les cicatrices de profondes et anciennes brulûres de la face.

D'après Jacobson, au contraire, le lupus détruisant la peau et ses annexes, il ne saurait être suivi de cicatrice. C'est un granulôme qui ne peut fournir les matériaux nécessaires au développement d'une cicatrice. Les lupus suivis de carcinôme n'en sont donc pas et n'en sauraient être, ce sont des carcinômes granuleux de Waldeyer. C'est ainsi qu'il en reconnut tous les caractères au microscope dans des îlots épidermiques formés à la surface d'ulcérations de la face ressemblant à des lupus. La présence d'îlots cicatriciels avec revê-

tement épidermique au centre d'ulcères, dans des points où la peau est depuis longtemps détruite, indique donc tout simplement une *néoplasie épithéliale ulcéreuse* et non un lupus. De là, la métamorphose de ces prétendus lupus en cancer épithélial. Il s'agirait, dans ces cas, de carcinômes granuleux avant comme après, c'est-à-dire d'une maladie identique à elle-même. Et cela pour prouver que le lupus et le carcinôme sont deux affections différentes. (*Berlin. klin. wochens.*, juillet 1875.)

Il y a identité entre l'épithélioma et l'encéphaloïde, d'après M. F. Rubio, parce qu'il a vu celui-ci être précédé de celui-là dans le cas suivant. Un homme portait au milieu de la langue une ulcération de la muqueuse, large comme une pièce de cinquante centimes. La forme et l'absence de pus, autant que la diathèse herpétique du malade, firent diagnostiquer un épithélioma par deux consultants. Il fut donc réséqué et le microscope démontra en effet la nature épithéliale de la partie réséquée.

Pendant un an, la guérison parut complète, mais il survint alors un engorgement d'un ganglion de la partie latérale gauche du cou, qui, malgré divers remèdes, s'étendit à toute la région cervicale. C'était un cancer encéphaloïde qui, au lieu d'atteindre la glande sous-maxillaire par contiguité récidivante, s'était développé par une seconde manifestation. La tumeur se ramollit et l'on aurait pu croire à une collection purulente, mais il n'en sortit que de la sérosité avec des détritus d'épithélium. Une hémorrhagie détermina la mort. (*Acad. de méd. de Madrid*, décembre 1875, et *Siglo med.*, n° 1158.)

Cette observation viendrait donc à l'appui de l'opinion de plusieurs histologistes sur l'identité du tissu épithélial et du tissu encéphaloïde aux différentes périodes de son développement.

Le caractère distinctif de l'épithélioma, avec toutes les autres ulcérations, est, d'après lui, de ne présenter jamais de véritable pus à sa surface. Il suffit, pour s'en assurer, d'essuyer la surface ulcérée avec un pinceau et l'on rencontrera dans ce liquide, examiné au microscope, des globules de pus si c'est un ulcère de bon caractère. Dans le cas contraire, c'est un épithéliome et l'on doit y rencontrer des cellules épithéliales.

Par de nouvelles recherches microscopiques, faites sur des pièces provenant d'un épithélioma des lèvres chez la femme et traitées par l'acide osmique, le docteur Thin affirme que la formation des cellules épithélioïdes a lieu directement par la transformation des globules blancs du sang ou leucocytes. De graves objections ont été faites à cette nouvelle proposition, surtout au point de vue clinique, sur la rareté de l'épithélioma chez la femme, et, au point de vue histologique, sur la confusion que l'auteur semble avoir faite. C'est donc un nouveau point à étudier... avec l'acide osmique spécialement. (*Royal med. and. chir. Society*, 28 mars.)

ERGOTININE. Nouvel alcaloïde, solide et fixe, mais très-altérable à l'air, extrait du seigle ergoté par M. Tanret, pharmacien à Troyes. Très-difficile à obtenir, en raison de la faible quantité où il se trouve et de son extrême altérabilité à l'air, cet alcaloïde sature les acides et se dissout dans l'alcool, le chloroforme et l'éther, mais se précipite avec l'iodure double de mercure et de potassium, avec l'iodure ioduré de potassium, l'acide phospho-molybdique, le tannin, le chlorure d'or, le chlorure de platine, l'eau brômée.

Sa réaction la plus saillante est une couleur rouge jaune, passant bientôt au violet bleu intense, sous l'influence de l'acide sulfurique d'une concentration moyenne. Elle s'altère et disparaît rapidement sous l'action de l'air. L'instabilité extrême de l'ergotinine à l'air est son caractère particulier, ce qui peut faire admettre, *à priori*, qu'elle contient les principes actifs du seigle ergoté que l'exposition de la poudre à l'air rend promptement inerte comme on sait. (*Journ. de pharm. et de chimie*, 1875.)

M. le docteur Homolle a réussi à rendre la poudre de seigle ergoté inaltérable et d'une conservation indéfinie, tout en augmentant sa puissance d'action, en la lixiviant avec la benzine. Voici son mode d'opérer : 250 grammes de poudre sont placés dans un appareil à déplacement et traités par l'essence de pétrole à 716 de densité, jusqu'à ce que le liquide, reçu sur une feuille de papier, n'y laisse plus de tache persistante, soit 400 grammes environ. Le liquide passe presque incolore et, par évaporation à l'air libre, abandonne 80 grammes d'une huile d'un jaune citrin foncé, légèrement visqueuse, et conservant une légère odeur de

pétrole. La poudre est ensuite pressée entre des doubles de papier non collé, qu'elle ne graisse plus, puis séchée à l'air libre et tamisée. Ainsi traitée, cette poudre, employée dans beaucoup de cas, a donné à M. Homolle une constance d'effet remarquable, avec une tolérance complète, à dose au moins moitié moindre que la poudre ordinaire. Elle semble donc ainsi au moins égale, sinon préférable, à l'ergotinine de M. Tanret, d'autant plus que tous les pharmaciens peuvent préparer celle-ci. (*Union méd.*, n° 33.)

ÉTRANGLEMENT INTERNE. *Simulation par la péritonite.* Il résulte d'une série de 14 observations, relatées par M. Duplay, que cette erreur diagnostique peut être commise par des cliniciens consommés, et que cette question doit être posée dans tout étranglement. M. Henrot en avait déjà rapporté plusieurs exemples dans sa thèse sur les pseudo-étranglements en 1865. En appelant spécialement l'attention sur cette erreur, M. Duplay montre qu'il l'a commise trois fois avec ses collègues dans les hôpitaux de Paris, et qu'elle a été récemment commise à Lille sur un jeune enfant de 10 ans. (*Bull. méd. du Nord*, mars.) L'erreur fut si complète, que l'entérotomie fut pratiquée dans trois cas parce que le quatrième malade succomba avant que l'on ait eu le temps d'y recourir. Et dans tous ces cas, l'autopsie montra la perméabilité complète de l'intestin et une péritonite généralisée produite par la perforation, soit des voies biliaires, soit surtout de l'appendice iléo-cœcal.

La constipation, rebelle aux purgatifs et aux lavements, des vomissements opiniâtres, et même fécaloïdes dans plusieurs cas, le ballonnement du ventre, étaient les symptômes prédominants. C'est donc dans leur analyse qu'il faut rechercher les signes d'un diagnostic différentiel. Le ballonnement du ventre, la tympanite, ne doit pas être aussi considérable dans la péritonite que dans l'étranglement, et ce météorisme doit être moins généralisé dans celui-ci que dans celle-là. La distension limitée du tube intestinal, dans l'étranglement vrai, entraîne une déformation irrégulière de l'abdomen, tandis qu'elle est uniforme dans la péritonite.

L'épanchement de pus dans le péritoine, comme il s'est rencontré dans plusieurs cas, entraîne une matité dans la partie inférieure ou sous-ombilicale de l'abdomen. M. Du-

play l'a constaté une fois au lieu du son clair de l'étranglement produit par les gaz. C'est donc là un signe différentiel à prendre en considération.

La généralisation immédiate de la sensibilité et de la douleur du ventre est propre à la péritonite, tandis qu'elles restent localisées au siége de l'étranglement, pendant un temps assez long.

Si la paralysie de l'intestin par l'épanchement du pus ou des coudures droites de l'intestin, produites par le météorisme, peut déterminer une constipation aussi complète dans la péritonite que dans l'étranglement vrai, l'issue de quelques gaz ou de quelques matières, au début des accidents, suffit à éveiller l'idée de la péritonite.

Enfin, les vomissements fécaloïdes ne doivent pas être constants dans la péritonite comme dans l'étranglement. Des vomissements bilieux, porracés, constitués par un liquide brun verdâtre, foncé, trouble, laissant déposer des matières glaireuses et brunâtres, sont presque caractéristiques de la péritonite.

C'est dans l'analyse de ces signes que se trouveront les éléments du diagnostic différentiel. Un frisson au début et la fièvre consécutive, avec élévation de température, pourront aussi aider à l'établir en faveur de la péritonite. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

Mécanisme de l'étranglement. V. HERNIES.

EXERCICE. L'Association locale des Bouches-du-Rhône a imité celle de la Gironde en créant aussi un comité de défense professionnelle, siégeant à Marseille, et chargé de rechercher dans tout le département les cas d'exercice illégal de la médecine, d'en réunir les preuves et de les signaler au Procureur de la République. Mais ici, au lieu de se créer en dehors de l'Association, c'est dans son sein même qu'il est formé avec l'adjonction des vice-présidents des trois arrondissements ressortissant à la commission administrative centrale.

C'est donc une émanation directe de l'Association qui échappe par là aux critiques de celles de la Gironde, quoiqu'une superfétation de la commission administrative chargée de ce soin.

Exercice illégal. Fondée sur ce considérant très-juste,

qu'un médecin, en se bornant à signer les prescriptions d'une personne non autorisée, perd son caractère de médecin et qu'en couvrant de son nom et de sa signature, par cet artifice, la pratique illégale d'un tiers, il doit être considéré comme co-auteur de la contravention d'exercice illégal, suivant la loi de ventôse, la cour d'assises condamna, le 15 juillet 1875, les époux Lequeux, somnambules, à 458 amendes de 3 francs 50 chaque, et à pareille somme, le sieur Allard, officier de santé, qui leur servait de plastron.

Sur leur appel, la cour de cassation a confirmé purement et simplement, conformément à sa jurisprudence établie dix ans auparavant dans un cas semblable. (V. *année* 1869.)

F

FIBROME DU BASSIN. Un homme de quarante-sept ans se présente à la consultation de l'hôpital pour une tumeur qu'il porte, depuis vingt ans, dans la fosse ischio-rectale droite. Elle a le volume d'une tête de fœtus. Bien qu'indolore, elle exige l'intervention chirurgicale car elle gêne et empêche mécaniquement la défécation. Le toucher rectal constate son immobilité, elle remplit toute la concavité du sacrum et refoule la paroi postérieure du rectum contre la paroi antérieure. Les fèces sont ainsi comme passées à la filière; il y a danger de leur rétention.

Malgré les dangers que pouvait offrir son ablation, M. Tillaux la tente par une double incision horizontale et verticale de la peau faite avec le couteau galvano-caustique et s'assure, dès qu'elle est découverte, qu'elle est sans adhérence avec les parties voisines, moins son implantation au coccyx par un pédicule. Il à suffi ainsi de couper celui-ci pour extraire cette tumeur de nature fibreuse, de 20 centimètres de hauteur, et donnant lieu, chez cet homme, à des accidents analogues aux fibrômes utérins. (*Soc. de chir.*, novembre 1875.)

FIÈVRES. En étudiant la température des extrémités dans les divers états pathologiques, M. Couty s'est assuré que si celle des extrémités est inférieure de 5 degrés et

même plus à celle de l'aisselle dans l'état normal, elle est au contraire égale à celle du corps dans l'état de maladie. D'où cette déduction logique que la fièvre est plus forte dans les parties périphériques que dans les centres. Car si, dans les centres, la température s'est élevée de 37 à 40 degrés, par exemple, aux extrémités elle s'est élevée de 33 à 40 degrés.

La pathogénie de la fièvre, d'après les observations cliniques et les expériences sur les animaux de MM. Mathieu et Maljean, médecins militaires, serait l'altération des hématies ou globules rouges du sang. Ils ont constaté, par l'examen du sang, non-seulement que ces globules perdaient leur pouvoir d'absorption de l'oxygène, c'est-à-dire la capacité respiratoire du sang, mais que leur altération précédait toujours la fièvre, c'est-à-dire l'élévation de la température, chez l'homme comme chez les animaux. Que l'origine de la fièvre soit spontanée ou provoquée, ce même fait s'observe. Des chiens et des lapins, rendus fébricitants par des lésions traumatiques, des saignées abondantes, l'injection dans le sang et le tissu cellulaire de liquides pyrétogènes, comme du pus frais ou altéré, du sérum humain ou animal, de l'eau simple, du sang fébrile et dégelé, c'est-à-dire altéré, ont présenté uniformément ce fait, de même que les hommes d'âge et de race différents, atteints des maladies fébriles les plus variées et diverses. La transfusion d'un sang dont les globules rouges sont très-altérés, est aussi très-dangereuse, car les globules altérés sont une cause de réaction fébrile. (*Soc. de chir.*, août.)

Telle est la synthèse d'un long mémoire où figurent toutes les observations et les expériences à l'appui de cette démonstration que la fièvre est produite par l'altération des globules, ce qui est le contraire de ce que l'on croyait généralement.

Fièvres palustres. *Altérations du sang.* L'anémie, démontrée par la clinique, est confirmée par la nouvelle méthode de la numération des globules. De l'examen de 1181 malades, atteints de fièvres d'origine paludéennes, observés pendant une seule année, M. Kelsch a constaté une diminution si rapide des globules que de 5 millions par millimètre cube, ils sont réduits à 1,500,000 et même moins

en un mois. Il y a parfois un déficit de plusieurs centaines de mille, d'un million même, après un seul accès de fièvre continue ou rémittente. Plus l'accès du début est intense et rapproché de l'invasion et plus le déficit est considérable. Il va en diminuant avec la succession des accès, surtout quand l'anémie est arrivée à ses dernières limites. Il reste stationnaire dans la cachexie.

A mesure que les globules rouges diminuent de nombre, ils augmentent de volume et sont comme boursouflés, œdématiés. Un accès pernicieux primitif diminue les globules dans la proportion du plus fort accès simple. La diminution est moins marquée, s'il est consécutif à des accès rémittents ou intermittents.

Toute la différence entre ces fièvres, c'est que les globules blancs diminuent d'une manière absolue dans les fièvres paludéennes, malgré l'hypertrophie de la rate, tandis qu'ils augmentent dans les accès pernicieux, dans une proportion double et triple de l'état normal.

Des granulations pigmentaires, libres ou incorporées à des globules blancs, sont l'altération fondamentale et caractéristique. Elle est constante dans les formes pernicieuses et fréquente dans la cachexie. Les veine-porte et splénique en contiennent un plus grand nombre que les veines cave, rénale, pulmonaire; les vaisseaux périphériques n'en contiennent presque jamais.

Quant à la formation de ce pigment, attribuée à la rate, sa présence dans tout l'organisme en est la négation, suivant l'auteur. La rate, il est vrai, en est comme saturée dans les accès pernicieux, mais il en est de même du foie et de la moelle des os. On le rencontre tardivement et en petite quantité dans le tissu conjonctif interlobulaire du foie et probablement dans les vaisseaux lymphatiques. Il ne se trouve que d'une façon transitoire dans les vaisseaux du cerveau, le poumon, le rein, le cœur, les muscles, les tuniques intestinales, pendant la fièvre. Les ganglions lymphatiques n'en contiennent jamais que dans leurs capillaires. (*Archiv. de physiol.*, n° 5, 1875.)

Centaurée chausse-trappe. En en faisant un extrait alcoolique, le docteur E. Bertin, de Montpellier, a renouvelé les anciennes expériences faites avec cette plante comme succé-

dané du quinquina. Dans les cas de fièvre quotidienne, tierce ou quarte, et même de névralgie faciale, où l'intermittence simple était clairement établie par plusieurs accès antérieurs, il en a obtenu la cessation avec un gramme à un gramme et demi, donné aussi loin que possible de l'accès. Aucun vertige ni surdité n'en sont résultés. (*Montp. méd.*, février et mars.) C'est donc là un antipériodique à ne pas négliger, au moins dans certains cas où le sulfate de quinine ne peut être administré.

Santonine. Administrée par le docteur Franchini par doses fractionnées de cinq milligrammes jusqu'à 5 à 20 centigrammes au-dessous de cinq ans et de 20 à 50 au dessus. Prise ainsi en poudre ou en pilules par 90 fiévreux, elle amena la guérison chez 30. L'auteur ne dit pas dans quels cas en particulier pour mieux en faire ressortir l'indication. (*Bull. de thérap.*)

Fièvre paludéenne à forme pneumonique. Voy. PNEUMONIE RÉMITTENTE.

Fièvre typhoïde. Une épidémie grave, intense, a sévi à Paris pendant le troisième trimestre de cette année, c'est-à-dire qu'une exacerbation brusque, brutale de cette maladie, a coïncidé avec l'élévation subite et prolongée de la température au-dessus de 30° en août, et atteignant jusqu'à 36°2 le 13. L'évaporation était ainsi excessive, presque d'un décimètre, alors qu'il tombait à peine un millimètre de pluie. La sécheresse était donc absolue.

C'est dans ces conditions atmosphériques, relevées par le docteur E. Besnier, que la fièvre typhoïde, dont les cas et la gravité avaient été inférieurs à la moyenne pendant les deux premiers trimestres, devient soudainement fréquente et grave pendant le troisième. De 165 typhisés dans les hôpitaux, pendant le deuxième trimestre, avec une mortalité de 20 pour 100, leur nombre s'élève à 714, dans le troisième, avec une mortalité de 250, soit plus de 35 pour 100. Ces chiffres, coïncidant avec les conditions atmosphériques si propices à la fermentation, surtout dans certains lieux, sont de nature à faire réfléchir sur le prétendu génie épidémique, ce *quid ignotum* dont les anciens épidémiologistes se

contentaient si facilement, et à poursuivre l'étude des causes locales et individuelles pour mieux s'en rendre compte. (*Union méd.*, n° 131.)

Inoculation. Tentée de nouveau par Motschulkoffsky avec le sang, le lait, la sueur, l'urine, la salive, et les excréments des fiévreux atteints dans les récentes épidémies de typhus, fièvres typhoïde et rémittente. Des expériences, répétées sur des hommes volontaires, des singes, des lapins, des chiens et des chats, ont été constamment négatives pour la fièvre typhoïde et le typhus. Elles ont été positives, au contraire, pour la fièvre rémittente ou à rechute chez l'homme exclusivement et avec le sang pris pendant l'accès, qu'il contienne ou non des fibres spirales visibles ou filaments mobiles, découvertes par Obermeier (V. *année* 1873), en transmettant la maladie comme le docteur Münch l'avait déjà observé sur lui-même. L'expérience ne réussit pas chez les animaux ni avec le sang pris pendant l'incubation, qui dure de cinq à huit jours, ou dans l'intervalle des accès, c'est-à-dire la rémission. Le sang d'une personne inoculée a transmis la maladie à une troisième, mais sans que la puissance infectieuse du sang ait paru augmentée, comme dans les expériences de Davaine. Le mélange du sang contagieux avec parties égales d'une solution de quinine n'a pas empêché la transmission, quoique les mouvements des fibres spirales en aient été arrêtés. Ces mouvements cessent également par la dilution du sang dans l'alcool, mais l'inoculation est alors négative. (*Centralbl. für die medic. Wissench.* n° XI.)

Il semble résulter de ces faits que, en outre de la bactérie, il y a dans le sang un autre produit infectieux transmissible que l'on ne qualifie pas. Malheureusement ces expériences ne peuvent être reproduites que sur l'homme et peu doivent s'y soumettre volontairement.

Bismuth contre les hémorrhagies. Dans cinq cas d'hémorrhagies intestinales, M. Martineau a fait administrer, de demi-heure en demi-heure, un gramme de sous-nitrate de bismuth jusqu'à complète cessation de l'hémorrhagie. C'est là une dérivation de la pratique de Monneret, qui, considérant surtout le bismuth comme agissant mécaniquement pour ainsi dire, en recouvrant les surfaces muqueuses enflammées ou

ulcérées, l'employait toujours de préférence à doses massives. Chez les cinq malades, le résultat en a été très-bon et très-rapidement atteint.

Bains froids. Quant à cette médication exclusive, cruelle et barbare, importée d'Allemagne, justice a été faite de sa valeur, même à Lyon, par la statistique. Un rapport de M. H. Molière, fait à la *Société des sciences médicales*, constate que, sur 750 observations recueillies pendant l'épidémie de 1874, 234 malades, soumis aux bains froids, ont donné 9 pour 100 de morts, tandis que 153 malades traités par les autres méthodes hydrothérapiques et 363 par le quinquina et l'expectation, n'ont donné que 5 pour 100 de décès. L'épreuve est donc décisive. (*Lyon méd.*)

Fièvre de Malte. Les médecins anglais désignent, sous ce titre, une affection endémique dans cette île sur la nature de laquelle on n'est pas d'accord, car elle participe à la fois de la fièvre typhoïde par ses symptômes, et de la dyssenterie par ses lésions. L'hypothèse d'une malaria est infirmée par la sécheresse du climat et l'aridité du sol ; tandis que la malpropreté des habitants, l'insalubrité de leurs maisons, et leur incurie absolue, rendent mieux compte de celles-ci.

En voici les symptômes décrits par M. Oswald Wood. Après une période prodromique de courbature, abattement, durant une ou deux semaines, surviennent des frissons avec céphalalgie, anorexie, constipation opiniâtre et recrudescence de la fièvre le soir. Les vomissements alimentaires et bilieux, qui en sont le symptôme le plus pénible, avec diarrhée et coliques, n'apparaissent que quelques jours ensuite. Les garde-robes sont noirâtres, bilieuses et indolentes parfois, ou blanchâtres, sanguinolentes avec épreintes dyssentériformes dans d'autres cas. Il y a ballonnement du ventre, sensibilité le long du gros intestin avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le délire typhique aboutissant au coma, parfois une congestion pulmonaire, une broncho-pneumonie même, complètent le tableau. La mort arrive ordinairement vers la troisième semaine ; sinon, la convalescence est longue et les rechutes fréquentes avec des retours fébriles vespérins.

Une douleur rhumatoïde, avec élancements névralgiques

à la plante du pied, succède fréquemment à cette maladie, sinon ce sont des arthrites disséminées passagères ou durables. Les pieds restent enflés, couverts de sueur froide ; système nerveux très-déprimé.

Au lieu de l'ulcération des plaques de Peyer, l'autopsie ne révèle que la congestion de l'intestin grêle avec tuméfaction des follicules clos. Au contraire, il y a toujours de l'entérocolite, et souvent des ulcérations très-confluentes à mesure que l'on s'approche du rectum, comme dans la dyssenterie.

La rate est toujours augmentée de volume, et souvent ramollie, le foie congestionné et la vésicule pleine de bile épaisse. Congestion pulmonaire hypostatique.

Le traitement topique de la dyssenterie a surtout réussi dans cette affection dont une hygiène bien entendue, une grande propreté seraient la plus sûre prophylaxie. (*Edinburgh med. journ.*, juillet.)

FISSURE ANALE. Elle peut exister chez les enfants à la mamelle, comme deux observations de Trousseau en font foi, mais elle est si rare que les auteurs qui se sont le plus occupés des maladies de l'enfance n'en citent pas d'autre. C'est une différence avec les polypes du rectum qui sont assez fréquents. Sous ce rapport, l'observation suivante a presque l'intérêt de la nouveauté, surtout en raison de l'âge de la malade.

Une fille de deux mois, délicate quoique se nourrissant bien, après avoir présenté de la constipation, des selles moulées pendant quelques jours, manifesta de la douleur à chaque expulsion de matières par des cris violents, contorsions du corps, rougeur de la face exprimant la souffrance. Cet état, remontant à quinze jours, se prolonge d'une demiheure à une heure à chaque selle. Les matières, plus fermes qu'à l'ordinaire, sont jaunâtres, exemptes de sang et de mucus. L'attention des parents attirée, le docteur Marboux fut consulté. Il trouva, à l'examen, le pourtour anal absolument sain, mais, en écartant profondément les plis de la muqueuse, il rencontra, entre deux plis à droite, une fissure large de un millimètre environ et longue de trois, superficielle et rosée. En cherchant à pénétrer plus profondément par l'introduction du petit doigt, une constriction extrêmement forte du sphincter a lieu.

Des lavages à l'eau blanche et l'application d'une pommade au ratanhia mirent fin aux douleurs en six jours.

D'après cet exposé symptomatique, il n'y a pas de différence sensible avec celui que provoque la fissure anale chez l'adulte. Les matières étaient même tachées de sang chez une des malades de Trousseau, et quant à la moindre persistance de la douleur après la défécation, elle n'est pas démontrée puisque, sur trois cas, elle persistait plus d'une demi-heure dans celui-ci et qu'elle dure souvent moins chez l'adulte. Aussi la monographie étendue qu'en trace à ce propos M. Marboux est-elle à peu près superflue. Celle de Boyer et de ses successeurs suffit à la faire reconnaître chez l'enfant comme chez l'adulte. Les symptômes ne peuvent être confondus ici qu'avec les polypes et les hémorrhoïdes, et le diagnostic différentiel est facile à faire par l'examen. (*Union méd.*, nos 58, 61 et 68.)

De la fissure à l'anus, thèse inaugurale par Ch. A. Ducamp. Paris, 1876. Il résulte des 22 observations recueillies dans différents services des hôpitaux qu'il y a un grand danger à chloroformiser les malades qui doivent subir la dilatation forcée. Cette fissure se rencontrant le plus souvent chez des névropathiques, ceux-ci sont très-exposés à des syncopes graves et prolongées ; il y a même eu des terminaisons fatales. L'éthérisation, selon M. D. Mollière, pourrait la remplacer, surtout dans la dilatation pratiquée lentement, car elle ne développe que des accidents spasmodiques dont il est toujours possible de triompher.

FISTULES. Fistule iléo-abdominale. C'est une complication assez fréquente et peu connue, suivant M. Trélat, de l'ouverture spontanée des phlegmons iliaques traumatiques, surtout chez les sujets lymphatiques. La pathogénie en est toute simple. Un coup, une chute, une contusion sur le ventre donne naissance à une inflammation circonscrite, à une pérityphlite subaiguë qui se termine par suppuration. L'abcès s'ouvre spontanément et se vide mal, en raison du siége et de la profondeur, et de là résulte une fistule permanente.

En voici une observation. Un garçon de vingt-trois ans, lymphatique, quoique bien portant, se présente à l'hôpital

de la Charité avec un point fistuleux sur la paroi abdominale droite, à quatre travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, qui laisse à peine passer un stylet de trousse. Du pus seul en sort, sans aucun caractère des fistules stercorales. Peau mobile autour de l'orifice, mais celui-ci, en se rétractant pendant la toux, indique des adhérences profondes. Pas de douleurs ; digestions et selles normales; sonorité de tout l'abdomen.

C'était une fistule consécutive à une pérityphlite suppurée, causée par une chute faite sur le flanc droit un an auparavant. Après s'être alité pendant quelque temps, sans fièvre intense ni retentissement général prononcé, le malade vit un abcès s'ouvrir spontanément au niveau même de l'ouverture actuelle. L'ouverture mit six mois à se cicatriser pour se rouvrir à plusieurs reprises ensuite.

Une incision de huit centimètres le long du grand oblique a donné la preuve anatomique du diagnostic en conduisant dans une petite cavité, comme celle d'une noisette, fongueuse, mollasse, qu'il a suffi d'évider, de râcler, en y plaçant ensuite une mèche phéniquée pour en obtenir la guérison.

C'est le troisième fait semblable observé par M. Trélat. Un cuisinier vint se faire traiter dans la même salle en 1874 pour une fistule identique, remontant à cinq ou six ans. A la suite de quelques douleurs, de quelques coliques, un abcès s'était ouvert dans le flanc droit sans qu'il s'alitât. Le trajet fistuleux pénétrait jusqu'au tissu péricœcal.

Un autre malade raconta la même histoire à l'hôpital Saint-Louis. Sans vouloir y ajouter foi, M. Trélat opéra et obtint le même résultat. Force lui fut de reconnaître depuis que c'était la vérité. (*Progrès méd.*, n° 34.)

Fistule hépato-bronchique. Cette nouvelle espèce, sur laquelle M. Laboulbène a appelé le premier l'attention (V. *année* 1875), est confirmée par un nouveau fait observé par M. Després, à l'hôpital Cochin, et terminé par la guérison. Il s'agit d'une couturière de 28 ans, atteinte de kystes hydatiques du foie, dont plusieurs sont ponctionnés avec succès. Mais, un an après, elle est reprise d'accidents hépatiques, de vomissements, et bientôt d'une expectoration biliaire, verdâtre, s'élevant jusqu'à 600 grammes par jour. 13 gr. 6 d'acides biliaires en ont été retirés par l'analyse

chimique, ainsi que des traces de cholestérine. Et cependant, l'examen le plus minutieux en avant et en arrière ne put déceler la présence du kyste qui fournissait cette abondante sécrétion. Un abcès consécutif, suivi d'une fistule hépato-cutanée, est venu montrer qu'il s'agissait bien là de kystes multiples et successifs.

Cette fistule ne serait donc pas essentielle, idiopathique, comme les nombreux cas d'expectoration biliaire, coïncidant avec des kystes du foie, rappelés par M. Berdinel, tendent à le prouver. La profondeur du kyste, du calcul ou de l'abcès, en fait seule nier l'existence. L'hypertrophie du foie et les douleurs, les vomissements, et autres accidents s'y rattachant, doivent les faire admettre implicitement. Ce serait donc une fistule symptomatique, comme les autres. (*Gaz. hebdomad.*, n° 41.)

Fistule vésico-vaginale. *Oblitération autoplastique.* Une dame anglaise présentant une mortification presque totale de la cloison vésico-vaginale, à la suite d'un accouchement laborieux, le docteur Cazin, de Boulogne-sur-Mer, pratiqua l'opération suivante. Il détacha de la paroi postérieure du vagin, correspondant à la large fistule, une espèce de pont membraneux recevant la nutrition par les parties latérales restées adhérentes et, après ascension, le sutura aux lèvres de la fistule préalablement avivées. Le succès ne fut pas immédiat; la suture antérieure ne réussit qu'incomplétement; mais la fistule secondaire, opérée par le procédé ordinaire, amena ensuite la guérison après six mois.

De là résulte la création d'un vagin artificiel composé en haut d'un anneau de la muqueuse, en bas d'un autre anneau et au milieu d'un cylindre de cinq centimètres formé par des surfaces cimentées.

Un pessaire spécial, analogue à ceux de Gariel, a été placé pour prévenir la rétraction inodulaire de l'atrésie qui en serait la conséquence sans cette précaution. La possibilité des rapports sexuels crée précisément le danger d'une nouvelle grossesse qui pourrait tout remettre en question. (*Acad. de méd.*, avril.)

L'oblitération complète du vagin à sa partie moyenne s'étant formée presque spontanément chez une femme de trente ans, M. Nicaise constata, quatre ans après, une véri-

table impaction calculeuse derrière cette occlusion et correspondant à sa partie supérieure. Les règles et les urines coulaient par l'urèthre. Il fut très-difficile de détacher cette plaque calculeuse avec les doigts par la dilatation de l'urèthre. Elle avait deux centimètres 1/2 de diamètre environ. Dix-huit mois après, un calcul, gros comme une amande et paraissant s'être formé sur les débris de l'ancien, fut retiré en entier par M. Després à l'aide du même procédé.

Cet accident consécutif à l'oblitération vaginale, très-rare et peu connu, est-il de nature à infirmer la valeur de l'opération de Vidal de Cassis et à la faire rejeter dans la fistule vésico-vaginale incurable autrement? L'absence de faits semblables ne permet pas de répondre, d'autant moins qu'il s'agit ici d'un cas de lithiase; mais, le danger étant signalé, on devra en tenir compte à l'avenir. (*Soc. de chir.*, février.)

Chez une femme de trente-cinq ans qui, malgré cinq opérations précédentes, conservait une large ouverture, immédiatement contiguë au col de l'utérus, M. Joseph Bell réunit la paroi vaginale antérieure à la lèvre inférieure du col, de manière à placer celui-ci complétement dans la vessie et à permettre l'écoulement des règles par l'urèthre. Une sonde à demeure empêcha tout écoulement de l'urine par la fistule pendant six jours. Mais, dès le septième, il en passa quelques gouttes par un pertuis central. Une seconde opération, trois mois après, amena la guérison complète avec un vagin bien conformé, quoique raccourci.

Chez deux autres femmes, dont la perte de substance de la vessie et de l'urèthre permettait à la muqueuse vésicale de s'appliquer contre la paroi postérieure du vagin, le même chirurgien sutura séparément les petites lèvres, avec des fils de catgut, et les grandes avec des fils d'argent, ainsi que les surfaces cutanées. Un orifice étroit est laissé à l'angle supérieur pour placer une sonde à demeure qui donne passage aux urines et aux règles jusqu'à la réunion des parties. Un urinal en caoutchouc s'y ajoute plus tard. L'une des opérées, âgée de 22 ans, fut guérie en quatre mois et l'autre en deux. (*Edinburgh. med. journ.*, février.)

Fistule uréthro-rectale. Un homme de 40 ans, se sondant depuis longtemps pour un rétrécissement très-serré avec le n° 10 de la filière, ayant subi le passage du n° 12, il

s'ensuivit un écoulement des urines par l'anus. Frankel fit alors la section périnéale du rétrécissement, et put découvrir l'ouverture de la fistule dans le rectum. Cautérisée avec le nitrate d'argent, elle était réduite à un simple pertuis qui fut tari, cinq mois après, de la manière suivante :

Après éthérisation, un spéculum à deux valves fut introduit dans le rectum, et une grosse sonde nº 16, passée dans l'urèthre, fit saillir l'orifice fistuleux du rectum dans la lumière du spéculum ; après en avoir saisi les bords avec un ténaculum, ceux-ci furent avivés avec des ciseaux courbes, et trois sutures en fil d'argent furent posées, comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Des opiacés favorisant la constipation, il n'y eut ni fièvre, ni douleur, et la fistule fut fermée définitivement. (*New-York med. Record*, janvier.)

FRACTURES. Fractures vitrées du crâne. *Trépanation.* Ce moyen, discrédité par les railleries de Malgaigne, tend à reprendre crédit par les efforts de M. Sédillot pour en montrer la valeur, notamment dans les fractures de la table interne ou vitrée du crâne avec déplacement d'esquilles. C'est l'unique moyen, selon lui, de prévenir des complications inévitables et presque toujours mortelles. Il en trouve la preuve dans la statistique suivante, extraite des publications des chirurgiens militaires.

Sur 106 blessés, 77 furent trépanés, dont 9 préventivement dès le premier jour et 68 pour combattre des accidents de paralysie, perte de connaissance, convulsions, coma, savoir : 21 fois dans les cinq premiers jours et 47 fois plus tard; 21 fois la table externe du crâne fut trouvée sans fracture et 29 blessés étaient atteints de fracture vitrée avec esquilles.

Aucun de ces derniers ne fut trépané et il y eut 28 morts ; sur les 77 trépanés, il y eut au contraire 29 guérisons, dont 6 parmi les 9 trépanations préventives et 23 parmi les 68 curatives. De ces 23 guérisons, 8 figurent parmi les 21 hâtives et 15 parmi les 47 tardives. Ces résultats montrent que la mortalité est proportionnelle au retard apporté à la trépanation. Les deux tiers des trépanés préventivement furent sauvés : 6 sur 9 ; plus du tiers par la trépanation hâtive : 8 sur 21, et seulement 1 sur 29 sur les non trépanés. De là l'u-

tilité du trépan et même de la trépanation explorative pour découvrir les fractures vitrées. (*Acad. des sciences*, septembre.)

Fracture de la clavicule. *Oblitération de l'artère humérale.* Cette complication rare, sinon unique, a été observée par M. le docteur Moré sept à huit jours après la fracture. M. Horteloup l'explique par une péri artérite résultant de la contusion de l'artère, comme cela a été observé dans d'autres cas. Mais M. Verneuil l'attribue plutôt à une rupture très-circonscrite des membranes internes, sorte de fissure donnant lieu à un petit caillot initial qui sert de noyau à d'autres plus considérables. (*Soc. de chir.*, 4 octobre.) — Voy. OBLITÉRATION ARTÉRIELLE.

Fractures du coude. *Extension chez les enfants.* Pour se rendre compte des succès obtenus par M. Laroyenne, à la Charité de Lyon, au moyen de l'extension dans les fractures du coude chez les enfants, M. Berthomier en a étudié expérimentalement le mécanisme dans 80 cas. Il est arrivé à cette conclusion pratique : que, dans toutes les fractures transversales simples ou compliquées en K ou en H, qui se produisent par un traumatisme violent ou modéré, de même que dans les arrachements ou les fractures épiphysaires de l'épitrochlée, l'extension, combinée ou non, suivant les cas, avec une traction modérée, amène une réduction complète des fragments. La flexion ou la demi-flexion, employée presque exclusivement par crainte de l'ankylose, exagère au contraire le déplacement ou ne le modifie pas. Dans les arrachements épiphysaires, du condyle externe, la flexion seule, combinée avec la supination, produit une coaptation exacte. A l'exception de celle-ci, toutes les fractures du coude doivent être immobilisées en extension. (*Mécanisme des fractures du coude chez les enfants, leur traitement par l'extension,* thèse inaugurale par A. A. Berthomier, interne et lauréat des hôpitaux de Lyon, Paris, 1875.)

Fracture du col du fémur. *Valeur diagnostique du triangle ilio-fémoral.* De même que la mensuration de l'épine iliaque à la tête du grand trochanter servait à Nélaton pour diagnostiquer les luxations de la tête du fémur en arrière,

le professeur Bryant, de l'hôpital Guy, en diagnostique la fracture par la simple mensuration de la distance qui sépare le sommet du bord supérieur du grand trochanter d'une ligne verticale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Le blessé étendu sur un lit dur, le bassin formant un angle droit avec la colonne vertébrale (?) et les extrémités inférieures légèrement étendues, un ruban partant de cette épine vient tomber en ligne droite sur le plan horizontal du corps, soit A C, tandis qu'un autre ruban mesure la distance entre cette première ligne verticale et le bord supérieur du grand trochanter du même côté formant le 3e point du triangle en B. Cette ligne horizontale C B forme le signe diagnostique. Si elle est plus courte que du côté sain, on peut sûrement conclure à une fracture du col du fémur, surtout par enfoncement, ou pénétration, *impacted*. Par ce nouveau moyen, M. Bryant a diagnostiqué six cas de fracture chez des personnes de 59 à 78 ans, dont le raccourcissement n'était que de 19 millimètres dans cinq et de 25 dans l'autre. Une dizaine d'autres cas semblables ont été reconnus, depuis trois ans, soit par lui, soit par ses internes, et bien des lésions obscures de la hanche ont pu être ainsi élucidées. Le diagnostic s'en est fait avec facilité, sans aucune manipulation dangereuse ni manœuvres douloureuses pour obtenir la crépitation, ni flexion forcée de la cuisse, abduction ou rotation. (*Roy. med. and chir. Society*, 9 février 1875, et *Lancet*, janvier.)

Fracture inférieure du fémur. Un serrurier tombe d'un premier étage et, ne pouvant se relever, on l'apporte à la Charité, où il présente un gonflement considérable du genou et des deux tiers inférieurs de la cuisse avec une petite plaie cutanée sur la rotule. Celle-ci est soulevée par un épanchement considérable, avec saillie des culs-de-sac synoviaux, sans déformation apparente dans l'axe de la cuisse. La fluctuation est manifeste dans les parties gonflées; la moindre pression est très-douloureuse ; tout mouvement spontané de la cuisse ou de la jambe est impossible, une douleur intolérable en résulte lorsqu'on le provoque.

En prenant à pleine main l'extrémité inférieure du fémur, tandis que l'autre maintient le corps de l'os, M. Trélat produit des mouvements anormaux dans tous les sens de cette

extrémité ; ce qui indique la séparation de l'épiphyse. De plus, en saisissant dans chaque main l'un des condyles et en leur imprimant des mouvements antéro-postérieurs, une mobilité anormale en résulte également avec une crépitation très-sensible.

C'était donc là une double fracture indirecte de l'extrémité inférieure ou épiphysaire du fémur et des deux condyles entre eux, produite par le contre-coup du tibia sur le fémur. Il n'y avait pas de raccourcissement notable.

Il suffit de placer le membre dans une gouttière et dans l'immobilité, pendant dix jours, pour que l'épanchement diminuât et qu'un vésicatoire le fît disparaître. Un appareil de Scultet fut appliqué, et, vingt jours après, la consolidation était absolue. Les adhérences furent rompues par la flexion forcée et le blessé sortit de l'hôpital, cinquante-sept jours après son accident, parfaitement guéri. (*Union méd.*, n° 66.)

Cet exemple rare peut servir à faire rechercher, reconnaître et traiter une fracture qui passe facilement inaperçue si on ne la soupçonne du moins.

Fracture du calcanéum. *Valeur pathognomonique de la plaie.* Des considérations importantes sont présentées par le docteur Puel (de Figeac) à l'occasion d'une chute sur les pieds, de trois mètres de haut, faite par une femme de 54 ans, et qui nécessita l'amputation de la jambe. Le calcanéum écrasé était réduit en nombreux fragments. A deux centimètres et demi au-dessous de la malléole interne était une plaie béante, transversale, de trois centimètres, un peu sinueuse, à bords contus et déversés en dehors et parallèle à la plante du pied. Aucune solution de continuité ni trace de violence extérieure au bas de la jambe et aucune aspérité du sol n'ayant pu déterminer cette plaie, force fut de juger qu'elle s'était produite de dedans en dehors.

Les exemples de cette complication sont si rares que les auteurs classiques n'en parlent pas. Cinq seulement en sont relatés dans le *Dictionnaire encyclopédique*, par M. Polaillon, et il est remarquable que la plaie présentait le même siége et les mêmes caractères que dans le précédent. Un septième exemple en est aussi rapporté dans la *Lancet* du 19 juin 1875 avec une plaie de 7 à 8 centimètres, au côté interne du pied droit. Cette constance de la plaie à la face interne du pied,

ses bords contus, soulevés, son ouverture acuminée, béante, communiquant avec le foyer de la fracture, témoignent assez qu'elle s'opère de dedans en dehors.

Elle est produite, selon M. Puel, par la petite apophyse du calcanéum. Outre la direction des fêlures et l'étendue des éclats qui montrent un déversement du côté interne de cette face du calcanéum, l'astragale pénétrant cet os tend à lui imprimer cette direction. L'axe vertical de l'articulation tibio-tarsienne, passant par la base de cette petite apophyse, explique aussi le maximum du choc à ce niveau. Enfin l'observation clinique montre que l'élargissement transversal du calcanéum s'opère presque entièrement du côté interne dans la fracture de cet os. Recouverte par une faible épaisseur de parties molles, cette apophyse tend à se déverser en dedans par le traumatisme. Elle forme ainsi, d'après Malgaigne, une saillie anormale, un gonflement très-douloureux à la face interne du pied, dans les fractures sans plaie. Son issue, dans le cas de Talhade, au même niveau que dans les autres observations, est une preuve péremptoire qu'elle prend une part active et toute particulière à la production de cette plaie.

Ce serait donc là un caractère pathognomonique des fractures du calcanéum, par écrasement ou chute sur les pieds, qui pourrait être utilisé en médecine légale. (*Soc. de chir.*, 12 juillet.)

Fractures des cartilages costaux. Six observations cliniques servent à M. E. Bennett pour en affirmer l'existence et les diviser en trois catégories : celles par continuité, consécutives aux graves traumatismes du sternum et des côtes en particulier, celles produites par un traumatisme direct et circonscrit, et celles qui résultent de l'action musculaire.

L'altération des cartilages, résultant de la raréfaction de leur substance fondamentale, prédispose à ces fractures et contribue à les rendre transversales. Les fractures obliques s'observent surtout lorsqu'elles sont produites par propagation.

Le cal se produit comme dans les os et aux dépens des éléments du cartilage seul, ainsi que des observations microscopiques l'ont démontré. Aussi est-il plus lent et moins volumineux que le cal osseux ; c'en est le caractère distinctif. (*Dublin journ. of med. sciences*, mars.)

G

GANGRÈNE PULMONAIRE. *Influence de la contusion du poumon.* En faveur de cette nouvelle étiologie, M. Hanot rapporte quatre cas dont les observateurs n'avaient pas invoqué cette cause. Telle est l'observation de MM. Hayem et Graux, intitulée : *Gangrène de la plèvre, pneumonie disséquante, avec élimination de la plus grande partie de la plèvre viscérale.* Un homme de 38 ans, robuste, tombe ivre dans un escalier, perd connaissance pendant deux heures; revenant à lui avec une très-vive douleur dans le côté droit, s'alite trois jours, tousse, ne crache pas de sang, reprend son travail, entre à l'hôpital, un mois après, toussant et crachant beaucoup; expectoration ni adhérente ni colorée, mais très-fétide; point de côté intense, pas de frisson, fièvre modérée ; à la base droite, souffle tubaire, broncho-égophonie. Huit jours après, souffle amphorique, bruit de flot par la succussion hippocratique, crachats à odeur gangréneuse, point de côté augmenté et d'une ténacité remarquable; thoracentèse, puis empyème qui donne passage à des lambeaux de plèvre et de poumon sphacélés; mort par infection putride, un mois environ après l'empyème. A l'autopsie, gangrène de la plèvre et des poumons; pneumonie catarrho-purulente avec oblitération des vaisseaux.

Une deuxième observation de pleurésie et gangrène pulmonaire à la suite d'un coup, par Jackson (de Québec); une troisième, par Dulac, de pleurésie purulente gangréneuse après une chute sur l'épaule; une quatrième, par Firmin, de gangrène du poumon droit à la suite d'une chute sur le dos, sont les preuves apportées à l'appui de cette nouvelle étiologie. En voici l'interprétation.

Dans tous ces faits, il n'y avait pas de fractures de côte. M. Hanot admet une contusion profonde du poumon, qu'il est facile de comprendre si l'on réfléchit que, au moment où le malade est surpris, la poitrine doit être dans l'état de tension de l'effort; la contusion pulmonaire produit une infiltration sanguine; une période d'élimination survient de quinze jours à six semaines après; et l'espèce de pneumonie éliminatrice qui se forme rappelle, par l'oblitération des

aux, l'inflammation qui limite la gangrène des mem-
'Progrès médical, n° 14.)

STRITE PSEUDO-MEMBRANEUSE. Désignée sous
n de gastro-entérite, elle se rencontre chez les nou-
lés et les enfants de un an à 15 mois avec les altéra-
suivantes constatées par M. Parrot à l'autopsie.
'ace interne de l'estomac est, dans toute son étendue,
u niveau du cardia et du pylore, recouverte d'une
membrane de un millimètre, assez adhérente au cen-
sez facile au contraire à détacher sur les bords. La
euse qu'elle recouvre est légèrement rouge et forme
is sur lesquels la pseudo-membrane passe à la ma-
d'un pont. La paroi gastrique est épaissie surtout au
.
nicroscope, on constate que les glandes de l'estomac
our la plupart élargies à leurs extrémités superficielles,
es de cellules épithéliales, troubles à la partie centrale
glande, plus claires et moins altérées à la périphérie.
andes sont en outre plus ou moins sinueuses; çà et là
ivent quelques glandes aplaties dont l'épithélium est
l. Les veines sont gorgées de sang.
fausse membrane se compose de deux couches; la
profonde est formée surtout de cellules épithéliales
es; ces éléments sont séparés par des faisceaux de
s circonscrivant des mailles irrégulières; dans la
superficielle, ces fibrilles n'existent plus et l'on ne
que des granulations graisseuses.
re cette forme, qui est la plus fréquente, on rencontre
tefois, chez les nouveau-nés, des variétés un peu diffé-
; la muqueuse est alors plus foncée, la fausse mem-
plus molle, les glandes sont moins altérées, mais,
eurs intervalles, les vaisseaux sont plus gorgés de sang,
s ce cas, c'est surtout sur les vaisseaux que porte la
Autour des veines, on trouve une accumulation de
ytes devenus graisseux.
symptômes correspondants de ces lésions seraient non
utiles à connaître, et il serait important de savoir si
ite avec diarrhée, endémique dans le Nord chez les
enfants, a quelque rapport avec ce catarrhe pseudo-
raneux de l'estomac.

GASTROTOMIE. L'extrême mobilité de l'estomac et l'espace restreint qui le rend accessible à l'action chirurgicale par sa face antérieure ont fait poser les règles suivantes à M. Labbé pour pratiquer cette grave opération, telle qu'il l'a exécutée le 9 avril 1876 pour l'extraction de la fourchette qui avait été ingurgitée le 30 mars 1874.

Un espace triangulaire, à base inférieure, dont les côtés sont formés, d'une part, par le rebord des fausses côtes gauches, et dont la base correspond à la grande courbure, est le seul point accessible de l'estomac. Ce n'est donc pas le point où la base du triangle, formé par sa grande courbure, peut descendre qu'il faut déterminer rigoureusement, mais celui où elle peut remonter; car l'on s'exposerait autrement à tomber sur le colon transverse au lieu de l'estomac.

Les recherches cadavériques montrent que cette grande courbure ne remonte jamais au delà d'une ligne transversale passant par la base des cartilages de la neuvième côte de chaque côté. S'il en est ainsi sur le cadavre, à plus forte raison en est-il de même sur le vivant, alors que les plus grandes expirations ne correspondent jamais à l'expiration cadavérique.

Pour reconnaître facilement sur le vivant ce point de repère important, ces recherches démontrent que le cartilage de la neuvième côte est situé immédiatement au dessous de la première dépression que l'on rencontre en suivant, de bas en haut avec le doigt, le rebord des fausses côtes. Nouveau point de repère : cette dépression est limitée inférieurement par le cartilage très-mobile de la dixième côte. Celui-ci, réuni au précédent par un ligament de 6 à 7 millimètres de hauteur, joue à frottement et l'on peut assez facilement déterminer sous le doigt la production d'un bruit tout spécial.

On peut ainsi résumer les règles à suivre pour pratiquer la gastrotomie d'une manière en quelque sorte mathématique.

Faire à un centimètre en dedans des fausses côtes gauches et parallèlement à ces dernières, une incision de quatre centimètres, dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes.

Si l'incision ne dépasse pas quatre centimètres, on n'intéresse pas les fibres du grand droit de l'abdomen.

En opérant de cette façon, on arrive sur la face antérieure de l'estomac à l'union de ses portions cardiaque et pylorique. (*Acad. des sc. et de méd.*, avril.)

Grâce à ces points de repère et à la précaution de fixer l'estomac aux parois abdominales, avant de l'ouvrir, et l'immobilisation de ces parois par une forte couche de collodion, la gastrotomie a été suivie de succès et pourra être tentée à l'avenir avec plus de chances dans ses diverses indications.

La chute fréquente de corps étrangers dans l'estomac a dû rendre cette opération nécessaire assez souvent. M. Hénocque en cite 8 exemples, dont un assez analogue, dû à Cayroche en 1819, pour enlever une fourchette qui séjournait depuis 229 jours dans l'estomac d'une dame de 24 ans. Toutes ont été suivies de succès, comme dans le précédent, malgré la différence des méthodes suivies. Mais il y en a bien d'autres cas à l'étranger et c'est ainsi qu'une fourchette a été récemment extraite de la même manière et avec succès à Milan.

C'est le contraire dans la gastrotomie pratiquée contre le rétrécissement, sinon l'oblitération de l'œsophage, empêchant l'alimentation. 22 cas de cette opération pratiquée de 1849 à 1869, en France et à l'étranger, contre 19 cas de cancer de l'œsophage et 3 de rétrécissement traumatique, n'ont donné que des insuccès constants, sans que la vie se soit prolongée plus de 4 à 12 jours après. (*Gaz. hebdomad.*, n° 18.)

Il y a donc lieu d'établir une grande différence entre les chances de cette opération, suivant les causes qui peuvent la provoquer.

Les points de repère suivis ont varié autant que les opérateurs et amené l'ouverture de l'estomac sur les différents points de sa surface, mais, malgré la différence des procédés opératoires, le résultat a été constamment inverse, suivant qu'il y avait ou non une maladie généralisée, comme pour montrer que c'est là exclusivement la raison du résultat.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Cette redoutable opération a été pratiquée, d'après les mêmes règles et le même procédé que M. Labbé, avec un succès complet, par

le professeur Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, le 26 juillet, sur un garçon de dix-sept ans. Ayant avalé par mégarde, le 4 février, une solution de potasse caustique, il fut pris d'une œsophagite très-aiguë et la déglutition fut si difficile ensuite qu'il ne put bientôt plus s'alimenter. S'affaiblissant rapidement, il était menacé de mourir de faim lorsque M. Verneuil le reçut le 24 mai. Il ne pouvait plus rien avaler. Le cathétérisme révéla un rétrécissement très-serré, à 7 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage, qui rendait l'œsophagotomie externe impraticable. Quelques autres tentatives faites sous l'influence de l'anesthésie n'ayant amené aucun résultat favorable, M. Verneuil, en réfléchissant aux dangers de ce cathétérisme, le cessa.

La gastrostomie, c'est-à-dire l'ouverture d'une bouche stomacale, restait la seule ressource de prévenir une mort inévitable par inanition. Pratiquée pour la première fois en France par M. Sédillot, il y a 35 ou 40 ans, et répétée depuis dans les cas d'oblitération de l'œsophage par des affections organiques : cancer, épithélioma ou autres affections diathésiques, cette opération n'a jamais donné que des insuccès; mais devant cette indication pressante et rationnelle, M. Verneuil n'hésita pas, en réfléchissant à l'état tout différent de son malade. Il était jeune, bien portant, indemne de toute affection diathésique, constitutionnelle, capable d'empoisonner, d'infecter l'organisme ensuite.

C'est en suturant préalablement le péritoine et la paroi stomacale aux lèvres de l'incision des parois abdominales avant d'ouvrir l'estomac, comme l'avait fait M. Labbé, que cette opération a eu lieu. Elle est ainsi plus longue, laborieuse, mais elle est aussi plus prudente et sûre. On ne saurait employer, chez l'homme malade, le procédé expéditif des physiologistes pour l'établissement de la fistule stomacale sur des chiens ou des bœufs bien portants. Les adhérences des séreuses pourraient ne pas s'établir aussi facilement et du liquide s'épancher dans le péritoine. La suture préalable obvie à ce danger.

La canule placée dans l'estomac a permis d'alimenter l'opéré, d'abord avec des liquides, puis semi-solides et avec une telle assimilation qu'un mois après, le poids du corps, qui était tombé à 33 kilogr., s'élevait à 34 et successivement jusqu'à 42 kil. deux mois ensuite. Il se nourrit et profite donc

très-notablement. L'appétit est très-vif et se trouve satisfait par la sonde. La présentation de cet opéré à l'Académie a montré qu'il se trouvait dans des conditions satisfaisantes.

Le rétrécissement œsophagien reste infranchissable à la moindre alimentation et rien ne montre jusqu'ici que la lésion cicatricielle ait diminué par la suspension de la déglutition, contrairement à l'amélioration que les chirurgiens anglais ont obtenue par la colotomie dans certains rétrécissements organiques du rectum. (*Acad. de méd.*, octobre.)

GLAUCOME. *Sclérotomie.* De nouveaux succès, ajoutés à ceux de l'année dernière, donnent plus d'importance à cette ponction de l'œil. M. Le Fort notamment a obtenu, en deux heures, la disparition des douleurs intra-oculaires et le rétablissement de la vue par cette ponction qu'il pratique d'avant en arrière et très-obliquement à travers la sclérotique, à 6 ou 7 millimètres en arrière de la cornée, entre les muscles droits externe et supérieur. Le soulagement fut si instantané que l'opéré sortit de l'hôpital le lendemain, et reprit ses travaux de domestique le surlendemain.

La cause du mal étant, pour l'auteur, un épanchement entre la sclérotique et la choroïde, théorie émise par lui dès 1864, son but est de ponctionner simplement cette cavité morbide et non de pénétrer en avant de l'iris pour donner issue à l'humeur aqueuse comme les autres ophthalmologistes le font généralement, les Italiens en particulier. Aussi n'obtient-il qu'un liquide séreux, limpide, qui n'est pas du tout du corps vitré ramolli.

Mais MM. Giraud-Teulon et Perrin contestent énergiquement la réalité et même la possibilité de cet épanchement post-choroïdien. L'excavation de la papille rétropulsée, constatée tous les jours par les ophthalmologistes, est la négation de cette théorie. C'est donc sur l'interprétation de ce phénomène tout objectif que repose la solution de cette question. (*Soc. de chir.*, 10 mai.)

Quoi qu'il en soit, M. Spencer Watson a obtenu également deux succès de glaucômes par la sclérotomie sous-conjonctivale pratiquée avec le couteau à cataracte, suivant le procédé de M. Quaglino. Le résultat fut tel qu'il propose de le préférer à l'iridectomie par sa simplicité et l'inutilité de l'anesthésie. Elle peut suffire, selon lui, dans la grande ma-

jorité des cas, mais elle est surtout préférable lorsque l'iris atrophié est repoussé en arrière vers le corps vitré, au lieu de l'être en avant, comme dans la plupart des cas aigus ou sub-aigus. Mais les lésions qui en sont résultées dans la région ciliaire et l'irritation sympathique qui en a été la conséquence, d'où est née la perte de l'autre œil, l'ont fait abandonner par M. Higgens. (*Clinical society of London*, 28 avril.)

Trépanation scléroticale. Au lieu de l'incision de la sclérotique, M. Argyll Robertson trépane cette membrane avec l'instrument de Bowmann modifié, afin de rendre l'écoulement de l'humeur vitrée plus persistant. L'union des procès ciliaires avec le choroïde est le lieu choisi à cet effet. Quatre cas ainsi traités ont donné des résultats assez satisfaisants pour répéter cette modification opératoire.

Influence du climat algérien. M. Tavignot trouve rationnel de l'essayer chez l'homme, d'après l'exemple des chevaux qui, frappés d'ophthalmie périodique, en guérissaient momentanément par leur transport en Algérie, comme des milliers de cas l'ont prouvé au début de la conquête. Cette tentative serait d'autant plus autorisée que les affections glaucomateuses sont très-rares en Algérie, aussi bien sur les indigènes que sur les Européens, ce qui indique l'influence du climat plutôt que de la race. Il y a là du moins une indication prophylactique facile à remplir. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Glaucôme hémorrhagique. *Excavation papillaire.* Les observateurs n'avaient pas rencontré jusqu'ici, dans cette forme, cette lésion du glaucôme ordinaire. Elle en paraissait être le caractère distinctif. Le docteur Poncet (de Cluny) vient de montrer qu'elle existe dans les deux espèces. Ayant eu à examiner un œil glaucomateux, depuis plusieurs années, avec tension énorme, douleurs atroces que l'iridectomie n'a pu diminuer et qui a rendu l'énucléation nécessaire, il a constaté la présence d'une excavation profonde de la papille optique, coïncidant avec les taches ecchymotiques et les anévrysmes miliaires des vaisseaux de la rétine, surtout à la région équatoriale, privée elle-même de tout élément nerveux. Une néoformation fibro-osseuse en plaque existait

au devant de l'excavation, s'étendant un peu sur la rétine. Un fin anneau osseux bordait même l'entrée du nerf optique dans l'œil.

Toutes ces altérations, en indiquant l'ancienneté de l'affection, tendent à montrer que l'excavation papillaire ne se développe que par les progrès du glaucôme et par le fait même de la pression intra-oculaire prolongée. Des cas aigus, foudroyants, ayant seuls été observés auparavant, cette lésion n'avait pu avoir lieu; c'est la cause qui la faisait mettre en doute dans cette espèce. S'il est donc vrai qu'au début, le glaucôme hémorrhagique ne s'accompagne pas d'excavation, il est démontré, par cet exemple, que cette complication se produit à un haut degré dans la période ultime de l'affection. (*Soc. de chir.*, juillet, et *Bulletin*, n° 7.)

GOITRE. Au lieu de l'excision de la thyroïde ou de l'isthme, vantée par les chirurgiens anglais (V. *années* 1874 et 75), le docteur Browne emploie les injections iodées et le séton. Il rapporte six cas où ce traitement simple a fait disparaître la tumeur. Dans cinq, elle siégeait entre le sternum et la trachée; et malgré son petit volume, il y avait des symptômes de suffocation produits par la tension des lobes sur la trachée. (*Association méd. anglaise.*)

Évidement. Il consiste dans l'ablation par raclage des parties glandulaires. Employé dans deux cas avec succès, par le docteur Rossander de Stockholm. Le premier était un goître cystique proliférant, d'un volume considérable, chez un homme de 27 ans, traité infructueusement par la ponction répétée et les injections iodées. Traité par l'évidement, il donna lieu à des hémorrhagies répétées, et fut guéri en sept semaines.

Un goître hyperplasique volumineux, chez un garçon de 19 ans de la Dalécarlie, où il est endémique, résistait depuis quatre ans au traitement iodé et aux injections iodées, lorsque des menaces de suffocation firent penser à l'évidement. Après l'incision de la peau et de l'enveloppe très-épaissie du corps thyroïde, on arracha les trabécules, on racla les éléments glandulaires. Des hémorrhagies abondantes eurent aussi lieu, ainsi qu'une pleurésie intercurrente contractée par refroidissement. La guérison eut lieu en six semaines.

C'est donc là une nouvelle ressource plus simple et moins dangereuse que l'extirpation. Les hémorrhagies sont facilement combattues et arrêtées par l'application du perchlorure de fer et le tamponnement de la poche. La suppuration n'est pas plus abondante qu'après l'extirpation, sans que le pus ait tendance à fuser comme après celle-ci. En cas d'insuccès, on peut d'ailleurs y recourir. (*Central bl. für chir.*, n° 7.)

Goitre exophthalmique. *Point apophysaire douloureux.* Conduit à le rechercher dans cette triade symptomatique, par suite de l'idée qu'une irritation spinale y préside, le docteur Armaingaud l'a déjà constaté dans trois cas. Dans deux, il était provoqué par la pression sur la deuxième vertèbre dorsale, avec irradiation le long du sternum. Une autre malade l'a présenté également à un point très-prononcé au docteur Mauriac.

Il a pu le combattre ainsi efficacement par l'application de vésicatoires *locò dolenti.* Chez la première malade, soumise à l'examen des membres de la Société de médecine de Bordeaux en 1875, cinq vésicatoires volants, de sept centimètres carrés, appliqués successivement sur le point douloureux rachidien, à l'exclusion de tout autre traitement, ont apporté une amélioration sensible. De 120, les pulsations cardiaques sont tombées à 85 et l'oppression pénible et prononcée, qui tourmentait la malade jour et nuit, avait disparu, ainsi que les troubles de la vue, l'affaiblissement général et l'impressionnabilité excessive. La tumeur thyroïdienne était le seul signe persistant de l'affection.

Cette amélioration, constatée par les commissaires de la Société de médecine, était d'autant plus sûrement l'effet du traitement que, par suite de sa cessation prématurée du 4 avril au 29 juin, les symptômes ont reparu avec leur intensité primitive. (*Gaz. hebd.*, n° 35.)

Complication de chorée. Elle existait chez deux jeunes filles de huit et douze ans, observées par le professeur Gagnon. Il y avait des mouvements saccadés de la tête et du tronc, très-étendus et fréquents chez la première avec difficulté extrême de la préhension et de la marche. Un traitement tonique, avec digitale et arsenic, avait presque fait dispa-

raître ces mouvements désordonnés au bout d'un mois, ce qui n'empêcha pas l'enfant de succomber un peu plus tard.

Chez la seconde, à de violents battements de cœur, avec hypertrophie de la thyroïde et saillie des yeux, succédèrent également, malgré le traitement, des symptômes choréiques dans les membres. L'enfant restait difficilement en place et laissait échapper les objets, sans pouvoir remplir ses devoirs de pension. Les convulsions se généralisèrent. L'institution du même traitement les fit disparaître en deux mois, mais la triade symptomatique du goître exophthalmique persista avec amaigrissement.

Ce serait là, suivant l'auteur, une chorée d'ordre réflexe causée par les troubles cardiaques. (*Assoc. franç.* et *Gaz. hebd.*, n° 39.)

GROSSESSE. *Signe de la vie du fœtus.* Déterminer l'existence du fœtus à une époque où la grossesse peut encore être mise en doute, c'est à la fois affirmer celle-ci par celle-là. Ce moyen est la température surélevée de la cavité utérine comparée à celle du vagin. Les Allemands l'ont constatée d'abord chez les animaux, puis chez la femme; mais le plus souvent à une période avancée de la grossesse, sinon pendant le travail de l'accouchement, c'est-à-dire alors que ce signe n'est plus d'aucune valeur pour le diagnostic de la grossesse. V. Utérus.

Ce n'est que par supposition et analogie, que des auteurs ont pensé que ce signe devait exister de même au début de la grossesse, et pouvait ainsi servir à la diagnostiquer dans les trois premiers mois. Et comme cet excès de température serait produit par le fœtus vivant, on constaterait ainsi à la fois, la vie ou la mort de l'enfant. Mais comment faire cette constatation sans danger dans l'utérus gravide? Cohnstein n'a pas craint de dire que l'expérience lui avait démontré que l'introduction prudente du thermomètre dans la cavité de l'utérus gravide, entre la paroi utérine et les membranes, n'entraînait aucun inconvénient. Si l'introduction du thermomètre dans l'orifice interne est susceptible de produire l'avortement, il ne croit pas que l'on soit autorisé à tenir compte de ce danger quand il s'agit d'établir un diagnostic précis. (*Virchow's archiv* et *Schmidt Jahrb.* 1875.)

Telles sont les assertions et la pratique des professeurs

allemands, quand des observations contradictoires mettent en doute ou infirment cette température surélevée de l'utérus pendant la gravidité, et quand un état morbide local très-léger suffit à la produire et à en imposer à cet égard. Ce prétendu signe est donc à peu près sans valeur clinique. (*Lyon méd.*, n° 44). V. SOUFFLE PUERPÉRAL.

Mécanisme de la dilatation de la paroi abdominale. Tandis que la peau, grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-jacent, subit à peu près uniformément les effets de la dilatation, comme le rayonnement étendu des vergetures jusque sur les lombes, les cuisses ou les fesses le prouve, le docteur F. Glénard, chef de la clinique d'accouchements à l'École de médecine de Lyon, a constaté qu'il n'en est pas de même de la couche musculo-aponévrotique. L'inextensibilité des aponévroses et la fixité des muscles par de solides insertions s'y opposent. La ligne blanche seule, constituée par un feutrage connectif, un tissu albuginé peu résistant, se dilate. Les deux grands muscles droits qui la limitent par leurs bords internes à l'état normal et dont la contraction, pendant l'effort, tend à les rapprocher pour mieux protéger la ligne blanche, s'écartent au contraire dans leur partie médiane jusqu'à 8, 10 et 12 centimètres l'un de l'autre, de manière à former un vaste losange suivant la distension de l'abdomen.

C'est qu'en dehors de leurs insertions aux parois abdominales en haut et les pubis en bas, ces deux muscles sont rattachés par leurs gaînes aux trois muscles larges latéraux fixés à la colonne vertébrale, ce qui les force à s'écarter en glissant sur les côtés de l'utérus amplifié et dilaté. C'est ainsi qu'en mesurant avec un ruban métrique, pendant la grossesse, l'intervalle des apophyses épineuses lombaires avec le bord interne des muscles droits, on ne trouvera pas de différence sensible avec la moyenne de l'état normal.

Cette vaste boutonnière, formée par l'écartement des deux muscles droits pour faciliter la libre expansion de l'utérus en avant, a son angle inférieur à sept centimètres au dessus du pubis, de manière à le soutenir parfaitement en bas et prévenir son antéflexion. Les deux muscles pyramidaux aident encore puissamment à cet effet; jusqu'à cette hauteur, les gaînes musculaires des muscles droits n'ont pas de feuillet postérieur qui les attire latéralement comme dans

les trois quarts supérieurs. Leurs intersections aponévrotiques n'existent également que dans la région sus-ombilicale. De là l'espèce de *fronde* qui retient l'utérus dilaté au lieu de la *sangle*, comme on l'a dit à tort, car les deux rubans de soutien, formés par les grands droits, ne peuvent pas glisser en avant, solidement retenus qu'ils sont en arrière par les muscles latéraux fixés à la colonne vertébrale.

Il suit de ces dispositions anatomiques que l'*éventration* ne doit s'entendre que de la déchirure de la ligne blanche dans son quart inférieur et que l'antéversion de l'utérus, le ventre en besace, ne peuvent se produire que par cet écartement inférieur. (*Soc. des sc. médicales de Lyon* et *Lyon méd.* n° 16, *Archiv. de tocologie,* février et mars.)

Durée. Il semble que le Code civil, en accordant 300 jours aux grossesses prolongées, en a porté la durée à l'extrême limite. Voici pourtant un cas authentique constaté par le docteur Graves, de Linn (*Massachusetts*), où elle paraît avoir été dépassée.

Une fille de 17 ans épouse un marin le 16 juin 1874. Après dix mois passés avec sa femme, le mari s'embarque le 8 avril 1875. Les règles avaient cessé trois jours auparavant et des rapports avaient eu lieu dans les trois nuits suivantes.

Deux à trois semaines après, du malaise avec nausées se déclare pour lequel le docteur Graves est appelé. On suppose une grossesse commençante, et, à l'expiration des neuf mois, en effet, de légères douleurs surviennent qui font croire à un prochain accouchement et prévenir M. Graves de se tenir prêt. Mais bientôt tout se dissipe avec le sommeil et ce n'est que trois semaines plus tard qu'il est appelé de nouveau. Il y avait alors juste 300 jours que le mari s'était embarqué. Le col était haut et sans la moindre dilatation. Abdomen très-développé. Malgré des douleurs sourdes, le travail ne se déclara que le 6e jour et, après quatre heures de douleurs assez fortes, l'accouchement eut lieu. C'était un gros garçon pesant 10 livres (*pounds*) et demie, très-vigoureux, pourvu de longs ongles et de grands cheveux.

La date fixe du départ du mari et la dernière menstruation, coïncidant avec les nausées et les douleurs ressenties au terme normal de la grossesse, donnent à ce fait une certaine importance. D'autant plus que, sous l'empire de la loi

française, le mari eût pu refuser de reconnaître cet enfant et demander sa séparation. C'eût été injuste dans le cas, selon M. Graves, mais qu'en sait-il? Ne pourrait-on lui opposer que cette grossesse survint bien à point, immédiatement après le départ du mari, alors que ses rapports étaient restés infructueux pendant dix mois! (*Boston med. and surg. journal*, n° 13.)

Des grossesses prolongées, thèse inaugurale par le docteur A. Schmidt, in-8° de 70 pages. Paris, 1876. Basé sur un grand nombre d'observations les plus probantes, l'auteur conclut que les grossesses prolongées n'existent pas, que les retards supposés résultent d'erreurs dans la date de la conception ou de l'accouchement, qui peut être retardé par une cause de dystocie. Le terme de 300 jours dépasse la durée la plus longue des grossesses ordinaires qui est de 293 jours.

Innocuité des opérations. Un nouveau cas de désarticulation de l'épaule, par M. Nicaise, sur une jeune boulangère primipare de vingt-deux ans, enceinte de huit mois, a soulevé une nouvelle enquête sur ce sujet à la *Société de chirurgie* en montrant que la grossesse ne contre-indique pas les opérations d'urgence. Il s'agissait ici d'un sarcôme de la diaphyse humérale supérieure, à marche rapide, ne permettant pas d'attendre l'accouchement et la période puerpérale, sans danger pour la vie de la mère et peut-être de l'enfant par l'infection cancéreuse. L'application de la bande d'Esmarch ne fit perdre que très-peu de sang et la fièvre traumatique fut si modérée que la température ne s'éleva qu'à 38°,6. Grâce à ces conditions favorables, la grossesse suivit son cours sans encombre et l'accouchement d'une fille vivante, pesant 3,480 grammes, eut lieu 36 jours après l'opération. La mère guérit parfaitement et retourna chez elle six semaines après.

Suivant M. Polaillon, le traumatisme survenant dans la seconde moitié de la grossesse expose moins à l'avortement que du 3e au 4e mois. M. Tillaux a pu ainsi amputer le bras droit à moitié arraché d'une femme enceinte de six mois sans avortement. Il n'y a pas cependant immunité complète, car, dans un cas analogue, M. Nicaise a vu l'avortement et la mort de l'opérée s'ensuivre. Une fièvre traumatique in-

tense, d'abondantes pertes de sang, une lymphangite, un érysipèle, y prédisposent surtout. Mais il résulte de nouveaux cas apportés au débat, par MM. Verneuil, Cazin et Guéniot, et qui en élèvent le nombre à plus de 240, que tout est parfaitement confus et contradictoire à cet égard. L'irritabilité et la contractilité plus ou moins grande de l'utérus décident principalement de l'issue, d'après M. Guéniot. Mais c'est encore là une opinion sans preuve. Il conclut cependant que le traumatisme grave, étendu ou répété, dans la zone génitale, qu'il limite étroitement au *conduit vulvo-utérin* et à la *région périnéale,* d'après le succès des opérations qui ont eu lieu dans le voisinage et même sur le sein, exposent le plus à l'avortement. C'est à la statistique à démontrer ce fait assez probable. (*Soc. de chir.*, mars, mai et juin.)

Du rhumatisme pendant la grossesse, thèse inaugurale par le docteur J. Tison, Paris. L'influence de la puerpéralité ou de l'état génital se montre ici par ce fait que, sur 23 cas cités, 11 se sont terminés par ankylose complète. Le rhumatisme s'est déclaré le plus souvent sans cause apparente vers le milieu de la grossesse. Il se localise sur une ou deux articulations, devient chronique, et se termine ainsi par ankylose. Le rhumatisme de la grossesse est donc particulièrement grave, et mérite une attention spéciale du clinicien.

Apparences de grossesse après le viol. Trois jeunes filles de 13 ans, chez lesquelles la défloration était complète par suite de viol, ont présenté au docteur Bergeron, chargé de les examiner au point de vue médico-légal, les symptômes d'une grossesse commençante : ventre volumineux, seins tuméfiés, pigmentation de l'aréole. La ligne brune abdominale existait même chez l'une d'elles; toutes avaient de l'aménorrhée avec maux de cœur et troubles intestinaux. Cependant le col de la matrice était petit et dur sans ramollissement. Tout le monde songeait à une grossesse, que l'auteur se crut autorisé à démentir provisoirement. Au bout de quelques mois de surveillance, les règles reparurent, en même temps que les autres symptômes s'effacèrent.

Ces faits prouvent combien le médecin légiste doit être réservé à admettre, en pareil cas, le diagnostic de grossesse. Bien qu'excusable aux yeux des gens de l'art, une erreur de

ce genre lui sera toujours préjudiciable devant le public et les tribunaux. (*Annales de gynécol.*, janvier.)

Traitement des femmes syphilitiques. V. Syphilis.

Souffle placentaire. V. ce mot.

Grossesse intra et extra-utérine simultanée. Ce fait, peut-être unique, a été observé par le docteur Chabert, médecin-major, sur une femme arabe de vingt-cinq ans, entrée à l'hôpital militaire de Médéah, le 13 novembre 1874, pour une tumeur arrondie, comme une tête d'adulte, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, descendant à cinq travers au-dessous, et s'étendant latéralement plus à droite qu'à gauche. Un orifice fistuleux laisse écouler un liquide ichoreux d'une puanteur insupportable, cadavéreuse.

Cette femme a eu 4 accouchements naturels dont le dernier remonte au milieu de mai, soit six mois environ. Elle a nourri son enfant qui se porte bien. C'est après un mois que la tumeur apparut à la région ombilicale et s'accrut rapidement. Elle s'ulcéra au cinquième mois, en même temps que se déclaraient des symptômes d'un faux travail et un pied de fœtus fit saillie que le mari arracha sans aucune suite fâcheuse.

La palpation et le toucher ayant démontré l'indépendance de l'utérus avec cette tumeur, une incision verticale fut pratiquée sur celle-ci, avec une autre en T, et les lambeaux relevés permirent d'extraire 130 os ou portions d'os, appartenant à un fœtus plus qu'à terme, avec des cheveux, des lambeaux de chair macérée et putréfiée adhérents aux os de la tête et des membres. L'intérieur du kyste, garni de fongosités rouges et saignantes, ne communiquait pas avec la cavité abdominale. Les suites de l'opération furent des plus simples et l'opérée quitta l'hôpital, le 6 janvier 1875, parfaitement guérie.

Il s'agit donc là d'une grossesse gémellaire, dont l'un des fœtus, contenu dans la matrice, donna lieu à une gestation normale et vint au monde à terme par un accouchement naturel et régulier, mais dont l'autre, développé dans l'abdomen, a été extrait, par la gastrotomie, cinq mois après l'accouchement normal et un commencement d'expulsion spontanée, suite d'un travail ulcératif à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale,

Les deux fœtus se sont développés parallèlement, l'un dans l'utérus, l'autre dans la paroi abdominale. Mais les deux ovules ont-ils été fécondés simultanément, par le même coït? La grossesse extra-utérine n'existait point avant la grossesse intra-utérine et n'a pu avoir lieu après l'accouchement naturel. La question de savoir si elle a pu se produire pendant la grossesse régulière n'est même pas posée. On arrive ainsi, par voie d'exclusion, à admettre que les deux ovules ont été fécondés tous deux à la même époque, mais que l'un, fourni par l'un des deux ovaires, a suivi la voie naturelle et est parvenu dans la cavité utérine, tandis que l'autre, émané de l'ovaire opposé, est tombé dans le péritoine par suite d'une action locale irrégulière. (*Lyon méd.*, avril, n° 17.)

Grossesse tubaire. *Elytrotomie.* Une femme, se disant enceinte de trois mois, présentait, dans la région hypogastrique gauche, une tumeur adhérente à la paroi latérale de l'utérus et de même volume que cet organe. On y percevait le ballottement d'une manière très-nette. Le professeur Thomas, diagnostiquant une grossesse de la trompe, l'arrêta de la manière suivante : attirant l'utérus à droite, la paroi vaginale gauche en avant, il fit, avec le galvano-cautère, une incision de six centimètres environ, allant du col de l'utérus vers la tubérosité ischiatique gauche, et ponctionna le kyste, donnant ainsi issue aux eaux de l'amnios. Le fœtus, placé transversalement, fut extrait par l'incision agrandie. La moitié du placenta ayant été arrachée en tirant sur le cordon, une hémorrhagie abondante s'ensuivit, qui ne put être arrêtée que par les injections de perchlorure de fer et le tamponnement. L'autre moitié du placenta ne fut expulsée qu'au bout de quinze jours, et malgré des accidents septicémiques en résultant, la femme guérit. (*Amer. journal of obstetrics*, 1875.)

Grossesse abdominale. *Mère et enfant vivants.* Ce succès, peut-être unique, a été obtenu par M. Thomas Jessop, à l'infirmerie de Leeds, sur une secondipare de 26 ans. Ses dernières règles eurent lieu à Noël 1874. Le 3 mars suivant, elle éprouva une vive douleur dans le flanc droit, bientôt suivie de nausées. Elle continuait à travailler, lorsque la douleur plus violente se renouvela, le 10 mars, avec vomis-

sements, constipation, rétention d'urine et fièvre. Cet état persista deux mois, pendant lesquels elle fut traitée par le docteur Clayton.

Le 14 mai, elle sentit, pour la première fois, les mouvements de l'enfant. Elle continuait à être souffrante avec des hémorrhagies répétées, un amaigrissement rapide, lorsque une consultation, faite le 13 août, eut pour résultat de diagnostiquer une grossesse extra-utérine, pour laquelle elle entra le jour même à l'infirmerie. L'abdomen était très-distendu, surtout au-dessous de l'ombilic, avec une proéminence considérable immédiatement au-dessus du pubis. Le corps de l'enfant était parfaitement perçu, et ses différentes parties distinguées à travers les parois abdominales; ses mouvements étaient très-visibles, mais le souffle placentaire ne put être constaté. Utérus légèrement augmenté de volume.

L'état de cette femme était si critique, que l'extraction fut résolue pour le lendemain. Après éthérisation et la vessie remplie, une incision de six pouces fut faite le long de la ligne blanche, avec l'ombilic au centre. La paroi abdominale était épaissie et très-vascularisée, ainsi que le péritoine qui parut comme velouté. Le dos de l'enfant se présenta immédiatement, couvert d'une épaisse couche de matière sébacée. L'épiploon recouvrait la tête et les épaules, et le cordon, traversant en bas l'incision, entourait la cuisse gauche avant son attachement à l'ombilic. L'extraction fut rapide, l'enfant était parfaitement vivant. Il reposait sur les intestins, sans kyste ni membrane d'aucune espèce. Quelques bandes légères de lymphe très-friable, sans organisation, l'en séparaient seulement, et, en épongeant la cavité abdominale, il ne se trouva pas plus d'une once de sérum. Le placenta, placé très-superficiellement, couvrait le bassin comme le couvercle d'un pot avec quelques adhérences au colon et à la paroi postérieure de l'abdomen. Son centre correspondait avec le fond de l'utérus. Il fut laissé en place après la section du cordon, dont le pédicule libre fut placé dans la plaie avec un clamp au bout. La plaie fut ensuite réunie par une double rangée de sutures avec des fils de soie pour le péritoine, et des fils d'argent pour les parois abdominales. Un bandage de corps termina le pansement.

Effet ou non de l'éthérisation de la mère, l'enfant, bien développé, comme à huit mois, du sexe féminin, fut pendant une heure et demie environ sans respirer régulièrement. Elle fut ensuite confiée à une nourrice, et se développa parfaitement jusqu'à onze mois, qu'elle mourut du croup.

Quant à la mère, laissée sur le lit de la table d'opération dans l'amphithéâtre pendant trois jours, pour éviter le moindre choc, elle ne reçut que de la glace les deux premiers, et des vomissements ayant eu lieu, on se borna à des lavements alimentaires exclusivement, en les augmentant graduellement. Dès le 16 août, des gaz, puis des fèces annoncèrent la perméabilité du tube intestinal.

Le clamp fut enlevé, le 17 août, et laissa le cordon gangrené. Des injections morphinées à haute dose furent faites autour de la plaie pour en calmer les douleurs profondes. Un écoulement sanguin, épais et noirâtre, de deux à dix onces par jour, s'en échappa à partir du 19 ; le vagin restant sec, bien que la sécrétion laiteuse ait eu lieu du 18 au 22.

Dès le 29 août, l'accouchée put être nourrie par la bouche sans vomir. Le 4 septembre, le cordon se détacha, suivi de six à huit onces de liquide. La plaie déjà réunie se ferma complétement, et, le 26 septembre, cette femme quittait l'infirmerie parfaitement rétablie. (*Obstetrical Society*, novembre, et *Lancet*, n° 19.)

H

HÉMATÉMÈSE. Voy. ANÉVRYSMES MILIAIRES.

HÉMATOCÈLE ÉPIDIDYMAIRE. Nouvelle variété nosologique que M. Ollier tend à introduire hypothétiquement, d'après deux faits cliniques observés par lui. Le premier malade avait douze ans. Une glissade rapide le long d'un arbre ayant froissé le testicule, une douleur violente en résulta avec gonflement considérable du scrotum et épanchement sanguin. La tumeur, examinée cinq ans après, avait le volume d'un œuf, surmontant le testicule, et presque fluctuante. Elle fut énuclée et l'opéré guérit parfaitement.

Le second avait dix-neuf ans et présenta les mêmes symp-

tômes après un coup de pied reçu dans les parties génitales. La tumeur, trois mois après, était plus petite et moins bien limitée que la précédente en se rattachant à la queue de l'épididyme. L'énucléation eut le même résultat.

Une inversion de l'épididyme existait chez ces deux blessés et l'examen histologique de ces tumeurs les montra formées par une accumulation de sang contenue dans une poche kystique du tissu conjonctif. Cette origine les rapprocherait ainsi des kystes épididymaires qui se rencontrent dans le tissu conjonctif. Le traumatisme, en déterminant un épanchement sanguin à l'intérieur, peut ainsi en hâter le développement. Telle est du moins l'étiologie admise par MM. Tillaux, Nicaise et autres chirurgiens. La dénomination d'hématocèle de l'épididyme serait donc impropre si l'épanchement de sang n'a pas lieu à l'intérieur de ce tube, comme le développement ultérieur du testicule et la virilité des deux opérés le démontrent péremptoirement. L'oblitération de l'épididyme entraînerait, en effet, la perte de la fonction testiculaire.

Un fait anatomique, découvert par M. Nepveu, semble en faveur de cette appellation. Il a constaté, une fois sur quatre, que l'épididyme des jeunes sujets porte, vers la tête ou vers la queue, de très-petits diverticules qui, au moment de la puberté, et probablement sous l'influence de l'évolution fonctionnelle, sont le siége d'une hémorrhagie par congestion. Ils pourraient ainsi, soumis à un traumatisme, se développer en se remplissant de sang et devenir cette hématocèle de l'épididyme. Mais leur communication avec ce conduit tubulaire reste toujours à démontrer. (*Soc. de chirurgie*, août.)

HÉMIPLÉGIE. Il résulte d'un grand nombre d'observations cliniques, recueillies par le docteur Carpani au grand hôpital de Milan, que le mode d'invasion et les lésions varient suivant que l'hémiplégie siége à droite ou à gauche. En voici le tableau différentiel :

GAUCHE.	DROITE.
Fourmillements et faiblesse générale dans les membres qui doivent être paralysés.	Ictus apoplectique, chute à terre avec perte complète de conscience, insensibilité même

Les objets tombent de la main des malades ; ils tombent à terre sans perdre conscience, sinon très-momentanément et comme une simple syncope.	aux stimulants les plus énergiques.
Légères altérations intellectuelles.	Altérations intellectuelles considérables.
Troubles trophiques considérables.	Aphasie presque constante.
Persistance de la paralysie du membre inférieur.	Disparition rapide de la paralysie du membre inférieur.
Désordres profonds de la sensibilité ; anesthésie même chez plus des deux tiers des malades.	Rares lésions de la sensibilité ; anesthésie très-exceptionnelle.

D'où la preuve, pour l'auteur, que les deux moitiés du cerveau ne sont pas symétriques, comme certains anatomistes l'ont déjà dit. Il en conclut que l'hémisphère gauche préside aux actes intellectuels et le droit aux phénomènes de sensibilité et de nutrition. (*Sperimentale*, n° 5.)

Siége des lésions. Renchérissant sur M. Durand-Fardel qui, l'un des premiers, a énoncé ce fait que l'hémiplégie se rencontre le plus constamment dans les lésions les plus voisines du corps strié, M. Charcot en fixe le siége précis dans les lésions destructives des deux tiers de la capsule interne et celui de l'hémianesthésie dans les altérations du tiers postérieur. — V. CERVEAU.

Valeur diagnostique des eschares. Considérées trop exclusivement comme l'expression de troubles trophiques, c'est-à-dire d'altérations nerveuses, les eschares n'ont jusqu'ici d'importance symptomatique et pronostique que dans l'hémiplégie. Elles paraissent résulter tout simplement de la compression des tissus, dans les autres cas, et du trouble circulatoire qui y succède. Il paraît même en être ainsi dans beaucoup d'hémiplégies, car, dans la distinction établie par M. Charcot entre l'eschare de la ligne médiane de la

région sacrée, comme l'indication précise d'une lésion de la moelle, et l'eschare fessière du côté paralysé, comme signe d'une affection cérébrale (V. *année* 1868), il y a bien des exceptions. Sur 28 cas d'hémiplégie à début brusque par cause cérébrale, cette eschare ou ecchymose de la fesse a manqué 7 fois et, dans d'autres, il n'y avait qu'une légère excoriation. Son existence, au contraire, serait d'un pronostic très-grave et annoncerait une mort prochaine, malgré l'amélioration des phénomènes de paralysie.

Devant ces exceptions, M. Joffroy, élève de M. Charcot, ayant observé l'eschare fessière, avec des dimensions considérables et d'une évolution rapide, dans trois cas de ramollissement cérébral siégeant dans un des lobes postérieurs, est disposé à admettre un centre trophique spécial distinct des centres sensitifs moteurs et psychiques. De là leur absence quand le ramollissement siégeait ailleurs. Il eût été facile de se convaincre si cette prévision était réelle par le détail des observations ; mais le jeune néophyte a préféré s'en tenir aux siennes pour avancer cette théorie. C'est donc une nouvelle localisation à vérifier. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Hémiplégie corticale. *Caractères différentiels.* La doctrine des localisations motrices du cerveau, remise en honneur par les Allemands, est à peine ébauchée (V. Cerveau), que déjà ses partisans tentent de tracer les caractères différentiels de l'hémiplégie corticale avec celle dépendant du corps strié. En voici les principaux :

La paralysie tend à demeurer localisée ; c'est le plus ordinairement une monoplégie qui porte presque toujours sur le membre supérieur ou sur la face, de même que des convulsions partielles se manifestent à la suite de l'irritation expérimentale ou pathologique de certains groupes de circonvolutions. Au contraire, le membre inférieur est atteint de préférence dans les lésions limitées du corps strié. Une parésie du membre supérieur, survenant sans cause appréciable ni phénomènes apoplectiques, peut donc être attribuée à une lésion de l'écorce cérébrale, siégeant très-probablement au voisinage de la circonvolution frontale ou pariétale ascendante.

Le peu d'intensité et la fugacité de ces phénomènes para-

lytiques est la règle de ces lésions superficielles, tandis que c'est l'exception dans une altération circonscrite et superficielle du corps strié. Ils peuvent ainsi disparaître d'un jour à l'autre, comme ils surviennent sans phénomènes précurseurs. Cette marche irrégulière est rare dans les lésions centrales.

Des convulsions partielles et unilatérales, éclatant avant ou après l'hémiplégie, comme dans la méningite tuberculeuse, seront la confirmation de son origine corticale. L'aphasie, en indiquant une lésion de la troisième circonvolution gauche, achèvera la démonstration.

Une hémiplégie complète et permanente peut néanmoins résulter d'une lésion corticale comme des centres opto-striés. C'est lorsque la lésion est très-étendue et comprend plusieurs centres moteurs. La distinction clinique est ici fort difficile, sinon impossible.

C'est donc sur ces données que les observateurs doivent s'appliquer à recueillir des faits pour mettre la nouvelle doctrine à l'épreuve. C'en sera le criterium.

Hémiplégie herniaire. V. HERNIES.

HÉMOPTYSIE. *Pression barométrique.* Pour contrôler l'opinion encore accréditée que l'abaissement ou l'élévation de la pression atmosphérique détermine l'hémoptysie, le docteur Williamson a institué des expériences à l'hôpital des phthisiques de Wentnor. Deux baromètres de Negretti et Zambra étant fixés sur les murs de l'hôpital, il a pu constater que sur 120 cas d'hémoptysie, observés pendant les trois dernières années, 50 ont eu lieu quand le baromètre s'abaissait et 69 quand il s'élevait ; ce qui est loin de confirmer l'influence de la pression de l'air sur cet accident. Elle n'est pas plus démontrée sur l'abondance de l'hémoptysie, car les mêmes différences ont été observées à cet égard.

Il n'en saurait guère être autrement, car l'auteur a remarqué que le baromètre était seulement resté stationnaire sept fois durant 24 heures pendant ces trois ans. Le danger de l'hémorrhagie serait donc très-fréquent s'il dépendait de ses variations. L'auteur a observé d'ailleurs qu'une hémoptysie, s'étant produite coïncidemment avec une élévation ou

un abaissement de la colonne mercurielle, ne se renouvelait pas ensuite à la prochaine variation. Il a remarqué également qu'aucune hémorrhagie n'avait lieu dans l'hôpital pendant des variations considérables. On ne comprend pas d'ailleurs, si cette hypothèse était fondée, qu'il n'y ait pas un plus grand nombre de phthisiques crachant le sang, quand une variation se manifeste, dans un grand hôpital spécial comme celui de Wentnor. (*Lancet*, n° 10, septembre.)

Seigle ergoté. Sa supériorité sur tous les autres astringents résulte de la statistique suivante, extraite de la pratique du docteur James Williamson, à l'hôpital Wentnor, spécial aux phthisiques. Sur 50 cas d'hémoptysie, 80 gouttes d'extrait liquide d'ergot, données en deux fois dans une potion, pendant la première heure, et continuées ensuite à dose décroissante, suivant la diminution de l'hémorrhagie, l'ont fait cesser rapidement dans 44 cas, dont 28 hommes et 16 femmes. L'hémorrhagie était profuse dans le quart au moins des cas. Aucun effet désagréable n'a suivi l'emploi de ce médicament, même à haute dose, mais, dès que quatre à cinq potions restent sans résultat, il est prudent d'en cesser l'usage.

Dans 40 cas, ce fut le seul moyen employé. Il le fut dans 2, après l'insuccès de l'acide gallique, l'alun et l'acide sulfurique dilué ; dans un autre, après l'acétate de plomb avec opium et, dans le dernier, après l'essai successif et infructueux de ces divers moyens.

Il est resté sans effet dans 6 cas seulement, alors que, dans 3, l'acide gallique qui est le plus employé ensuite arrêta l'hémoptysie. Mais il en résulte souvent des coliques et une constipation opiniâtre. Chez deux jeunes filles ayant eu précédemment plusieurs attaques d'hémoptysie, l'acétate de plomb avec opium réussit chez l'une et l'essence de térébenthine chez l'autre, après l'insuccès de l'acide gallique. Tout fut inefficace dans le dernier cas. (*Lancet*, 13 novembre 1875.)

Le seigle ergoté, donné à l'intérieur, a donc l'avantage, sur l'acide gallique, de ne provoquer aucun accident intestinal et de pouvoir être administré en même temps que le lait. Les précédents succès montrent qu'on peut l'adminis-

trer avec confiance, pourvu qu'il soit de bonne qualité. La nouvelle ergotinine pourra être essayée dans ces cas. — V. *ce mot*.

Chloroforme. Un alcoolique de quarante ans, atteint de tuberculose pulmonaire très-avancée, fut pris d'hémoptysie que ni la glace, la térébenthine, le seigle ergoté, la chaleur et les révulsifs aux extrémités, ne pouvaient arrêter. Le docteur A. Weir versa deux onces de chloroforme sur un morceau de flanelle qui fut étendu sur la poitrine et recouvert de serviettes pour empêcher l'évaporation. Instantanément, la toux et l'hémorrhagie cessèrent définitivement. Cet homme succomba plus tard d'une hémoptysie foudroyante. (*Journ. de thér.*, septembre.)

HÉMORRHAGIES. *Bandage d'Esmarch*. Le docteur Talbot a conseillé de l'appliquer sur les membres pour remplacer la transfusion dans les hémorrhagies incoercibles, celles de l'utérus en particulier, contre le danger de syncope et de mort. En refoulant le sang des membres thoraciques et pelviens dans les cavités splanchniques, l'application de ce bandage entretient et prolonge la vie, alors que le sang est réduit à de trop faibles proportions pour suffire à la nutrition du corps entier. (*Soc. de méd. de Victoria,* 1875.)

La première objection à ce traitement est la douleur et le danger résultant de cette compression prolongée. Quoique ne portant que sur la circulation superficielle capillaire, ce bandage provoque bientôt de l'engourdissement et de véritables douleurs. Un autre accident bien plus grave y paraît inhérent, surtout chez les personnes atteintes de varices : c'est la formation d'embolies qui, après l'enlèvement du bandage, déterminent la mort en s'engageant dans les petites ramifications de l'artère pulmonaire. En voici un exemple, en réponse à l'avantage prétendu de cette méthode sur la transfusion, parce que le sang, étant vivant, ne pouvait se coaguler et s'adaptait mieux aux besoins du malade qu'un sang étranger.

Une femme de 33 ans, tombée dans un état de collapsus voisin de la mort à la suite des hémorrhagies déterminées, avant et pendant l'accouchement, par l'insertion du placenta au voisinage du col, fut apportée dans la clinique du profes-

seur Spaeth. L'application du bandage élastique sur les membres inférieurs sembla tout d'abord couronnée d'un plein succès. Mais bientôt il fallut l'enlever, à cause des douleurs en résultant, et, à plusieurs reprises, les accidents reparurent. Enfin on le relâcha après 30 heures environ d'application et aussitôt la malade pâlit, se plaignant d'une vive douleur précordiale, avec pouls imperceptible, respiration anxieuse, battements du cœur précipités et irréguliers. Deux heures après, la mort était complète malgré la compression de l'aorte abdominale.

L'autopsie montra plusieurs ramifications de troisième ordre de l'artère pulmonaire oblitérées par de petites embolies de trois à quatre millimètres d'épaisseur. Les veines saphènes étaient variqueuses et contenaient de petits caillots pareils à ceux trouvés dans les vaisseaux pulmonaires. La compression du bandage permettant au sang de séjourner dans ces varices, il s'y était coagulé à la longue et il avait suffi de desserrer le bandage pour que ces caillots aient été entraînés vers le poumon et aient ainsi déterminé la mort. (*Wiener med. wochensch.* novembre 1875.)

Injections morphinées. Préconisées par M. Vibert contre la faiblesse, l'adynamie, la syncope même, produites par les abondantes pertes de sang lorsqu'elles se manifestent par la dilatation de la pupille. V. INJECTIONS.

Hémorrhagie cérébrale. *Hérédité.* Bien qu'admise en principe et d'après une observation vague, cette hérédité n'était pas démontrée sur preuves statistiques. Conformément à la tendance actuelle des esprits de ne croire qu'à ce qui est mathématiquement ou virtuellement démontré — bien que, en médecine, les modernes positivistes se paient souvent de mots et de suppositions, de théories et d'hypothèses à cet égard — le docteur Dieulafoy a entrepris cette tâche difficile. L'hémorrhagie se manifeste de bien des manières et ses symptômes les plus accentués peuvent être produits par des embolies, des athérômes, des tumeurs intra-crâniennes ou des lésions syphilitiques. On ne peut guère tenir compte que des cas d'apoplexie soudaine ou coup de sang suivi d'hémiplégie.

Appuyé sur la relation succincte de 10 cas qu'il a observés

tout récemment dans les hôpitaux, sur 5 hommes et 5 femmes, il montre qu'il suffit d'interroger les malades frappés d'apoplexie subite ou atteints d'hémiplégie pour s'assurer que les ascendants, souvent jusqu'à plusieurs générations successives, ont été frappés de la même manière, aussi nettement qu'on le constate pour la phthisie et le cancer. Une femme de quarante-six ans, paralysée à droite, avait sa mère paralysée à gauche depuis bien longtemps, ainsi qu'un frère et une sœur de celle-ci; son fils même, âgé de vingt-six ans, avait été frappé d'hémiplégie gauche à 17 ans, c'est-à-dire avant sa mère. Un voyageur de commerce de trente-neuf ans était hémiplégique à gauche pour la seconde fois, alors que sa mère, restée indemne jusqu'à 76 ans, fut frappée comme sa grand'mère, tombée d'apoplexie foudroyante à 75 ans. Preuves que l'intensité de l'influence morbide héréditaire augmente avec les générations comme dans la phthisie. Les enfants sont ainsi souvent frappés avant leurs parents dans les familles minées par l'hérédité. L'hémorrhagie cérébrale n'est pas aussi exclusivement qu'on le croit l'apanage de la vieillesse ou de l'âge mûr. Exemple, ce garçon de dix-sept ans; on en a cité d'autres de 20 à 24 ans. Tout dépend de l'intensité de l'influence héréditaire sur l'organisme. Depuis que MM. Charcot et Bouchard ont montré que cette hémorrhagie est la conséquence d'une périartérite amenant la sclérose des artérioles capillaires du cerveau et des anévrysmes miliaires (*V. année* 1867), on comprend mieux que ces altérations, bien différentes de l'endartérite et de l'athérôme qui sont l'apanage de l'âge avancé, se manifestent chez les jeunes gens.

Ces lésions sont une déviation de nutrition, une substitution de tissu provoquées par une impulsion vicieuse de l'activité nutritive née avec la formation de l'individu. Elle peut sommeiller un temps plus ou moins long et rester à l'état latent, comme les autres maladies héréditaires, et son développement est plus ou moins retardé suivant les circonstances favorables à son éclosion.

Les anévrysmes miliaires du cerveau ont été ainsi rencontrés le plus souvent vers 55 ans par Heschell et l'âge moyen des dix malades de M. Dieulafoy est également de 55 ans et demi. (*Acad. de méd.*, septembre.)

M. Dechambre a confirmé cette hérédité en compulsant

les dossiers d'une compagnie d'assurances sur la vie. Sur 33 cas d'hémorrhagie cérébrale, ramollissement, apoplexie, attaques, congestions cérébrales, paralysies subites, inscrits sur les certificats de décès, les parents avaient succombé à des affections cérébrales identiques 8 fois et, dans les 25 autres, les antécédents étaient obscurs ou absents. La fréquence de l'hérédité peut être ainsi beaucoup plus grande qu'on ne le soupçonne. (*Gaz. hebd.*, n° 38.)

Hémorrhagies du pancréas. *Mort subite.* Zenker en a observé trois cas dans le cours d'une seule année. Le premier, employé de 48 ans, se réveilla en parfaite santé un matin avec des nausées et tomba mort aussitôt. La seule lésion, trouvée à l'autopsie, fut une infiltration hémorrhagique de tout le pancréas et du tissu cellulaire avoisinant, avec épanchement sanguin dans le duodénum.

On ne trouva de même qu'une hémorrhagie du pancréas chez un épileptique de 28 ans, trouvé mort dans une forêt où il travaillait une heure auparavant.

Dans ces deux cas, le pancréas avait subi une dégénérescence considérable. On n'y rencontrait plus de cellules glanduleuses que dans le premier. Les deux sujets étaient très gras.

Malgré une hémorrhagie et une dégénérescence graisseuse du pancréas dans le troisième cas, il est moins probant, car l'individu, gras et alcoolique, fut trouvé mort dans l'eau. L'asphyxie peut donc avoir été la cause déterminante de la mort. C'est là, toutefois, une nouvelle cause sur laquelle l'attention des médecins légistes surtout devra se porter pour l'éclairer. V. DUODÉNUM.

Hémorrhagies post partum. *Injections d'éther.* Recommandées par le professeur Hecker de Munich, ces injections sous-cutanées ont été employées avec succès à Dublin, par le docteur Macan, chez une multipare dont l'utérus avait été distendu par une hydropisie de l'amnios. Une inertie complète et prolongée ayant succédé à la rupture des membranes et la naissance d'un monstre, il s'ensuivit une métrorrhagie abondante avec rétention du placenta. Celui-ci extrait avec la main, l'utérus resta inerte malgré tous les stimulants, *le seigle ergoté excepté.* Deux injections successives furent

alors pratiquées dans les parois abdominales concurremment avec l'injection d'une solution de perchlorure de fer dans l'utérus; l'hémorrhagie fut ainsi arrêtée.

Dans un cas analogue où la femme était sans pouls, froide et succombant à l'hémorrhagie, tous les stimulants étant vomis, le docteur Atthill fit deux injections sous-cutanées d'éther avec le même succès.

Le professeur Hecker ne met d'autres limites à ces injections que le rétablissement du pouls. Il en a pratiqué jusqu'à quinze en peu de temps, soit 15 grammes d'éther environ, sans abcès consécutif. (*Dublin journ. of med. science*, mai.) V. OPÉRATION CÉSARIENNE.

Hémorrhagies encéphaliques des nouveau-nés. Sur 34 cas observés par M. Parrot, l'hémorrhagie siégeait 5 fois dans l'arachnoïde par rupture du feuillet de la pie-mère, d'où le sang provenait, et 26 fois sous l'arachnoïde, une seule fois dans un foyer bien circonscrit. Elle est fréquemment péri-ventriculaire et même intra-ventriculaire, mais sans que le siége puisse être rigoureusement fixé.

Contrairement aux hémorrhagies des autres âges, le caractère spécial de celles-ci est d'être ordinairement multiples, étendues, superficielles et bilatérales. Unilatérales, elles siégent plutôt à droite qu'à gauche, du côté où l'on couche le plus souvent les enfants. Enfin elles ont une prédilection marquée pour les régions déclives et ne se révèlent par aucun symptôme.

Le sang épanché, en contact avec la substance nerveuse, peut en déterminer un certain degré de ramollissement sans qu'il soit possible de dire s'il provient de l'intérieur ou de la périphérie. Les caillots en déterminent aussi une stéatose diffuse d'abord et, en se durcissant, des taches jaunâtres dues à l'atrophie graisseuse de la substance cérébrale (?).

Les foyers de la paroi des ventricules latéraux étant renfermés, comme ceux de la périphérie, entre la substance cérébrale et le revêtement membraniforme comparable aux méninges qui la recouvre, sont petits, comme un noyau de cerise, ovoïdes, et renferment du sang liquide.

La congestion concomittante des veines pie-mériennes et des masses rouges isolées ou groupées, comme des têtes

d'épingle, constituées par de petits vaisseaux, la complication fréquente de l'atrepsie, la pneumonie, des congestions viscérales diverses, la thrombose veineuse, des épanchements ecchymotiques sous les séreuses et dans les muscles, et le fait de ne se rencontrer que chez des nouveau-nés et des avortons, indiquent assez que ces hémorrhagies sont passives plutôt qu'actives, secondaires plutôt que primitives. C'est du moins l'impression produite par le travail de M. Parrot. (*Archiv. de tocologie*, 1875.)

Hémorrhagie vulvaire des nouveau-nés. Deux cas en ayant été observés chez des filles de quatre à cinq jours, par le docteur Cullingworth, il a pu réunir 32 observations semblables, chez des enfants de un jour à six semaines, dont plusieurs dues à N. Guillot et à M. Gubler. L'hémorrhagie dura quatre jours dans le premier cas observé par lui et deux dans le second ; aucun accident ne s'ensuivit. L'examen a montré que l'hémorrhagie provenait des organes génitaux internes.

De ces faits, il conclut que cet écoulement qui inquiète beaucoup les familles est sans gravité et tarit lui-même avec de simples soins de propreté. L'étiologie de ce phénomène rare, toute obscure qu'elle soit, pourrait bien tenir à ce que la ligature du cordon ombilical, étant faite avant l'établissement complet de la circulation pulmonaire, détermine une pléthore locale du bassin et une transsudation sanguine par l'intestin ou l'utérus. (*Liverpool and Manchester's Reports*, vol. IV.)

HÉMORRHOÏDES *Excision.* Elle est très-employée à Londres. M. Henry Smith emploie le clamp à vis à cet effet. La tumeur étant bien saisie entre ses branches, il l'excise avec des ciseaux et cautérise la surface de section avec le fer rouge pour prévenir toute hémorrhagie.

Tandis qu'aucun accident n'était signalé dans une première série de 300 cas d'hémorrhoïdes et de prolapsus du rectum, opérés suivant ce procédé, il y a eu, dans les 100 cas suivants, un décès par péritonite, 2 cas d'érysipèle et 6 hémorrhagies consécutives. Dans 3 cas où la peau avait été intéressée, il y eut coarctation de l'anus. Si l'infection purulente n'a jamais été observée dans ces 400 cas, elle est

survenue quatre fois dans la pratique d'autres chirurgiens. Cette méthode n'est donc pas sans danger.

La ligature employée couramment à l'hôpital Saint-Mark, par M. Lane, paraît moins nocive, car, sur 800 applications, il n'y a eu que 3 morts et jamais d'infection purulente. (*Lancet*, juillet 1875.)

Poudre de bismuth. Mêlée à la poudre d'amidon et introduite dans le rectum, pendant la nuit, elle a réussi contre les hémorrhoïdes graves, congestionnées, avec écoulement catarrhal. Elle réussit aussi bien au docteur Cleland contre le prolapsus rectal des jeunes enfants et ne cause aucune douleur. (*Practitionner.*) Aucun fait n'appuyant ces assertions, sinon le bon effet du bismuth contre la diarrhée des jeunes enfants, il est impossible de garantir l'efficacité de ce topique.

Dilatation forcée. Reprenant l'idée émise, dès 1851, par M. Maisonneuve, que la contracture du sphincter est la principale cause des hémorrhoïdes, M. Verneuil les a soumises aussi à la dilatation forcée comme la fissure anale. Il l'a d'abord fait suivre immédiatement de la cautérisation avec le galvano-cautère aigu, arrivé au rouge simple, qu'il enfonçait dans les boutons hémorrhoïdaux. Sur 17 cas de cette pratique en 1873, il y eut 16 succès.

Il a renoncé depuis à la cautérisation consécutive, et voici comment il emploie la dilatation.

Le malade prend un purgatif la veille et un lavement le matin même. On l'anesthésie, moins pour éviter la douleur que pour amener le relâchement musculaire. Le malade étant couché sur le côté, comme pour l'opération de la fistule, on introduit un spéculum bivalve jusqu'au bord supérieur du sphincter interne, puis, écartant les deux valves, on retire lentement l'instrument. Introduisant alors deux doigts de chaque main, on achève la dilatation du sphincter externe, en tirant fortement sur lui. Repos au lit, compresses fraîches.

L'opération ne dure pas une minute. Les douleurs sont peu vives et ne durent que quelques heures. Au bout de cinq ou six jours, le malade est complétement guéri. Sur huit observations, il n'y a pas eu un seul cas de récidive.

HÉMOSTASE. La paralysie momentanée des vaso-moteurs, produite par la compression des tissus avec la bande d'Esmarch, détermine à la surface des plaies récentes, aussitôt qu'elle est enlevée, une hémorrhagie capillaire en nappe ou pluie de sang qui peut être assez abondante et grave, si la surface traumatique est très-étendue, comme dans les grandes amputations. En faisant la réunion, le pansement, dans ce cas, avant d'enlever le lien constricteur, on s'expose à des hémorrhagies consécutives, à la formation de caillots qui, interposés entre les parois, nuisent essentiellement à leur réunion.

Aux divers moyens employés pour prévenir ces hémorrhagies en nappe, M. Nicaise ajoute la compression directe sur la plaie. Les ligatures faites, il prend une ou deux grosses éponges, suivant l'étendue de la surface cruentée, les imbibe d'une solution phéniquée au cinquantième, froide, et les maintient appliquées sur la surface de la plaie sans comprimer fortement, tant que dure la congestion de la peau après l'enlèvement de la bande de caoutchouc. Six à dix minutes suffisent en général. La plaie est alors exsangue, sauf quelques artérioles qui peuvent encore donner du sang. Après leur ligature, on peut alors faire le pansement avec sécurité.

Deux amputations de jambe ont pu être ainsi pratiquées à l'hôpital Saint-Louis sans que les opérés aient perdu une cuillerée à café de sang, grâce à cette addition hémostatique du bandage d'Esmarch. Dans une amputation de cuisse, l'opéré n'a perdu que 150 grammes de sang en n'enlevant les éponges hémostatiques que l'une après l'autre, à mesure que les artérioles étaient successivement liées. (*Gaz. méd. de Paris.*)

L'excision des tumeurs, saisies avec de petites pinces analogues à l'entérotome de Dupuytren, et le badigeonnage de la surface lisse de section avec une solution de perchlorure de fer, est la méthode généralement employée en Italie. Elle met à l'abri des hémorrhagies et prévient surtout les rétrécissements consécutifs de l'anus qu'entraîne presque toujours la section avec l'écraseur linéaire. M. Duchaussoy a vu deux malades opérés ainsi, l'un depuis sept ans, l'autre depuis deux, sans qu'il y eût récidive ni rétrécissement anal. (*Soc. de méd. pratique.*)

Emploi de la neige. — Voy. Opérations.

Torsion des artères. — Voy. Torsion.

HERNIES. *Mécanisme de l'étranglement.* Un grand bruit s'est fait dernièrement en Allemagne sur ce sujet entre les fauteurs qui s'en attribuent exclusivement la découverte. Hermann Lossen, de Heidelberg, étant venu soumettre une nouvelle théorie au Congrès des chirurgiens allemands, en 1874, les partisans de celle de Roser, bien antérieure, qui l'attribue à l'*occlusion valvulaire* et ceux de la théorie de la *coudure brusque des deux bouts de l'intestin*, imaginée par Scarpa, soutenue par M. Chassaignac et que Busch s'est attribuée ensuite, n'ont pas manqué de les défendre à l'exclusion l'une de l'autre. Celle de Lossen l'attribue à la *compression du bout inférieur de l'intestin dans l'anneau par le bout supérieur distendu.* Toutes trois fondées sur des expériences, imitées de celles de O'Beirn, ces théories sont, comme on voit, basées sur un pur mécanisme qui n'a rien d'organique ni de vital.

Un jeune médecin français, M. P. Berger, a répété ces expériences pour s'assurer de leurs résultats. Il a constaté que le gaz ni les matières, introduits dans le bout supérieur de l'intestin, ne traversent pas l'anneau métallique ou végétal par où passe l'anse intestinale et que, en amenant l'ampliation de ce bout supérieur, cette anse est attirée dans le ventre de manière à réduire la hernie spontanément.

Pour que le gaz ou les matières pénètrent dans l'anse, il faut que la canule de l'insufflateur soit engagée dans l'anneau même ou à peine quelques centimètres au-dessus. Et alors, en se gonflant et en se distendant, cette anse produit le même phénomène que ci-dessus : elle attire le bout inférieur en dehors, sans que rien y passe, et augmente ainsi l'étranglement.

L'occlusion est complète dès que l'on ferme l'insufflateur du bout supérieur ; le taxis ou la pression, dans ce cas, ne fait qu'augmenter la hernie, mais il suffit d'ouvrir l'insufflateur pour qu'elle s'affaisse aussitôt et montrer que la communication existe entre l'anse et le bout supérieur. Il eût été plus concluant de l'enlever pour mieux juger de la persistance de cette communication. Et ce point était d'au-

tant plus important qu'aucune des théories allemandes ne tient compte de la persistance de cette communication. Celles de Busch et de Lossen en particulier n'expliquent l'occlusion complète qu'en la supprimant par des causes factices ou imaginaires. L'oblitération du bout inférieur dans l'anneau est bien produite par la compression du bout supérieur, comme Lossen l'a vu, et non par les valvules ni les coudures brusques de l'intestin hernié seulement, suivant les deux autres théories, mais aucune n'a expliqué rationnellement l'oblitération du bout supérieur.

Elle résulte, d'après les expériences de M. Berger, dans l'engagement croissant de l'intestin hors de l'anneau, causé par l'augmentation de tension dans l'anse et de la partie du mésentère qui s'y insère. Le calibre de l'anneau est ainsi de plus en plus rétréci, de même que la perméabilité du bout supérieur, et il suffit alors que le mésentère se contracte, en tirant sur le bord concave de l'anse, pour que l'occlusion soit complète. En tendant à se réduire en masse, à forcer la porte pour rentrer dans le ventre, le mésentère la ferme complétement par ses tractions et augmente encore la difficulté de la réduction en coudant l'anse herniée au niveau du pédicule. Refoulées par la pression intérieure de l'intestin étranglé, les valvules conniventes peuvent bien aussi contribuer à en boucher plus complétement la lumière. Mais l'étranglement produit par le bouchon mésentérique ne peut céder qu'en dégageant un des bouts de l'anse pour vaincre la traction qui le tient enclavé dans l'anneau. En diminuant la compression du bout inférieur, cette manœuvre rétablit la perméabilité du bout supérieur et la réduction peut ainsi avoir lieu.

Ce n'est pas que l'auteur soit aussi absolu que ses devanciers sur ce mécanisme de l'étranglement. L'irréductibilité de certaines hernies partielles, latérales, de l'intestin, suffit à montrer qu'il n'est pas unique. Nul doute que le spasme ou les modifications inflammatoires de l'anneau ou des parties herniées, sinon du sac lui-même, n'y contribuent dans un certain nombre de cas. On a fait ainsi de l'inflammation la cause spéciale de l'étranglement. La transsudation des liquides dans l'anse herniée, les adhérences de l'intestin sont d'autres causes non moins réelles. Mais aucune ne suffit à elle seule à produire l'étranglement, sans la constriction de

l'anneau ou du sac. C'est la condition essentielle et c'est pourquoi les pseudo-étranglements sont rejetés par l'école actuelle. Tous les accidents sont consécutifs ou subordonnés à celui-ci. Une fois de plus, M. Berger le démontre par la suppression de tous les symptômes herniaires, dès que le débridement est effectué.

C'est donc à lever cette constriction que doivent tendre tous les efforts du chirurgien, soit par le taxis, soit par le débridement. Rappelant les divers procédés de taxis préconisés, dans ces dernières années, comme rétablissant plus sûrement la perméabilité de l'un ou l'autre bout de l'intestin à travers le sac, — soit les pressions latérales à gauche vantées par Lossen, soit le taxis forcé en agissant surtout sur le pédicule, les tractions de ce pédicule même, les injections d'eau dans le gros intestin, l'application de sac de plomb sur la hernie et même le procédé américain de l'inversion du tronc, — M. Berger, avec une ingéniosité digne de son âge et propre à tous les auteurs de systèmes, tend à rapporter leur succès précisément à ce que ces procédés diminuent l'occlusion de la hernie produite dans l'anneau par le mésentère ou la pression intra-abdominale. Ce sont en effet là les principales indications à remplir, d'après ses expériences, et le nouveau mécanisme d'étranglement qui en résulte. (*Archiv. de méd.*, août et octobre.)

Accidents nerveux. De même que MM. Verneuil et Ledoux ont indiqué des congestions viscérales et pulmonaires en particulier, comme complications de l'étranglement herniaire, et que la paralysie intestinale a été signalée comme un phénomène d'ordre réflexe résultant du ballonnement, M. P. Berger attribue également à cette cause les spasmes, crampes, contractures limitées ou généralisées, convulsions, accès éclamptique, état comateux, délire, mort subite, observés dans plusieurs cas. Les troubles produits par l'étranglement d'organes richement pourvus de nerfs, comme le cordon spermatique et le testicule, lui paraissent démontrer par analogie que ces accidents résultent bien de l'action réflexe de l'irritation intense et persistante déterminée par l'étranglement sur les plexus nerveux de l'intestin. Son pincement a suffi même, dans certains cas, pour y donner lieu. Leur disparition par le débridement en est une preuve péremptoire.

M. Nicaise rapporte également à cette action réflexe deux cas d'hémiplégie survenue pendant le cours de l'étranglement, chez une femme de cinquante-sept ans et une de soixante-quatre. La première guérit de sa hernie par l'opération, tout en conservant sa paralysie; la seconde mourut à la suite. Rien ne prouve donc autrement que cette hémiplégie doive être attribuée à la constriction intestinale. C'est encore un fait à élucider par des observations ultérieures. (*Soc. de chir.*, juillet et octobre.)

Anesthésiques. Contre l'étranglement rebelle au taxis, le docteur Vibert (du Puy) combine avec avantage les inhalations de chloroforme avec les injections sous-cutanées de morphine. Depuis quatre ans qu'il les emploie, il obtient si facilement la réduction qu'il n'a trouvé qu'un seul cas rebelle où la kélotomie soit devenue nécessaire. Une statistique exacte permettrait de mieux juger de leur influence sur l'efficacité du taxis. (*Journ. de thérap.*, nos de 4 à 20.)

Inversion ou *procédé américain*. Un nouveau succès en a été obtenu, par le docteur Bonnemaison, dans un cas où tous les autres moyens avaient échoué. La hernie inguino-scrotale droite, très-volumineuse, mesurait, au moment de l'étranglement, 31 centimètres de long sur 40 de circonférence au milieu. Elle existait depuis l'enfance, sur un homme de quarante-trois ans, sans avoir jamais été contenue par un bandage. Quoique très-facilement réductible, elle s'étrangla à la suite d'excès de boisson. Le soir du troisième jour de l'étranglement, le patient refusant toujours l'opération, un aide, placé au pied du lit, enleva sur ses épaules les jambes du malade. De cette façon, celui-ci ne touchait au lit que par la tête et les épaules et ses parois abdominales étaient mises dans un état de relâchement aussi complet que possible par la flexion forcée de la colonne vertébrale. Un taxis modéré, prolongé pendant deux ou trois minutes au plus, suffit, dans ces conditions, à amener une réduction complète. (*Gaz. méd. de Toulouse*, mai.)

Le docteur Puglièse de Tarare en a aussi obtenu un succès très-rapide, chez un journalier de 50 ans, pour une petite hernie inguinale gauche, étranglée depuis trois jours, et irréductible autrement. (*Lyon méd.*, n° 46.)

Hernie ombilicale. Au lieu d'utiliser chez les jeunes enfants qui en sont atteints des bandages constitués par une pelote à bouton contentif, M. Archambault donne la préférence au petit moyen suivant. On fait fondre de la cire blanche ou de la gutta-percha que l'on roule ensuite entre les doigts de la grosseur d'une petite bille. On fend celle-ci en deux et l'on place l'un de ces hémisphères, d'une grosseur proportionnée à l'étendue de la dépression ombilicale, dans cette même dépression par sa portion sphérique. Elle est maintenue en place par une bandelette de diachylum. Au bout de deux heures, le corps obstruant s'est assez ramolli pour adhérer à la peau, sans qu'il ait besoin ensuite d'être soutenu par aucun bandage. La guérison est ainsi obtenue souvent en moins de deux mois. (*Journ. des connaiss. méd. chir.*, septembre.)

HISTOLOGIE. La création d'une chaire spéciale pour l'enseignement de cette nouvelle science au Collége de France a d'autant plus d'importance que ç'a été spécialement pour la confier à l'un de nos plus habiles micrographes, M. Ranvier. En lui imprimant le caractère pratique du génie français, il a su débarrasser cette science de l'incohérence toute spéculative qu'elle a au delà du Rhin. La plupart des nombreux travaux qui s'y élaborent sur ce sujet n'ont ainsi pas de raison d'être signalés ni analysés dans un ouvrage pratique comme celui-ci, d'autant moins que des traités, des manuels français, permettent aujourd'hui de s'instruire à ce sujet.

Manuel d'histologie pathologique, par MM. V. Cornil et L. Ranvier; un volume in-12, de 620 pages, avec 133 figures intercalées dans le texte. Paris, *librairie Germer Baillière*.

L'élévation des deux jeunes auteurs, le premier à la députation, le second à l'enseignement même de l'histologie au Collége de France, ne les a pas empêchés de mener cette œuvre à bonne fin. Cette troisième partie faisant suite aux deux premières (V. *années* 1869 et 1872), en est en effet la terminaison. Elle traite des maladies des organes et appareils, et forme à elle seule un volume égal aux deux autres. Toutes les lésions des appareils respiratoire, digestif, glandulaire, génito-urinaire, s'y trouvent analysées, ainsi que

celles de la peau. Cette dernière section, contenant plus de 50 pages, est due à la collaboration de M. le docteur Renaut, répétiteur du cours d'histologie. De grands développements sont donnés aux chapitres consacrés au foie, à la rate, aux reins.

Nous avons ainsi, avec ce nouveau volume, un manuel complet d'histologie pathologique, c'est-à-dire d'une rédaction concise, claire, permettant aux vieux praticiens, aussi bien qu'aux jeunes élèves, de se mettre au courant de cette nouvelle science. C'est la suite aux traités d'anatomie pathologique des Laennec, Bayle, Louis, Andral, Cruveilhier et tant d'autres anatomo-pathologistes éminents.

Les trois parties réunies forment un gros volume de 1265 pages, avec bibliographie générale des ouvrages à consulter, une table des matières et une table analytique à la fin.

HONORAIRES. *Privilége.* Un jugement du tribunal civil de Troyes (Aube), rendu en 1875, a décidé que ce privilége accordé aux médecins doit s'exercer aussi bien avant qu'après la mort, quand le malade fait faillite. C'est ainsi que le docteur Bacquias ayant donné des soins, pendant un an environ, pour une maladie de foie, à une dame A... de la R. dont le mobilier fut vendu judiciairement plus d'un an après la dernière visite, sa note, s'élevant à 230 francs, fut simplement placée par le juge-commissaire parmi les créances ordinaires. Mais, sur sa réclamation en justice et la plaidoirie de Me Rabeau, le tribunal, attendu que, par ces mots : les frais de la dernière maladie, l'article 2101 du Code civil a entendu parler aussi bien de la maladie qui a précédé la déconfiture ou la faillite du débiteur que de celle qui a causé sa mort;

Que non seulement les motifs qui ont fait accorder un privilége au médecin sont applicables dans l'un comme dans l'autre cas, mais que les considérations les plus impérieuses d'humanité s'opposent à ce que le médecin dont les soins ont rappelé le malade à la vie soit traité moins favorablement que celui qui n'a pu préserver son malade de la mort;

Sur le moyen de prescription :

Attendu que l'article 2101, qui a assigné une durée déter-

minée au privilége des gens de service et à celui des fournisseurs, n'a imposé aucune limite à celui du médecin, ce qui indique bien que, dans la pensée du législateur, ce privilége est attaché à la nature de la créance et dure autant que la créance elle-même, si la prescription édictée par l'article 2272 n'est pas invoquée ;

Attendu que, dans l'espèce, la prescription n'est opposée ni par le débiteur ni par aucun des créanciers, qui auraient pu à cet égard user de la faculté ouverte à leur profit par l'article 2225 du Code civil, qu'il n'appartenait pas au juge de les suppléer d'office ;

Que c'est donc à tort que la collocation par privilége réclamée par le docteur Bacquias pour la somme de 230 francs, montant des honoraires à lui dus pour frais de la dernière maladie de la dame de la R..., a été rejetée du règlement provisoire ;...

Par ces motifs :

Réforme le règlement provisoire ; en conséquence, ordonne que le docteur Bacquias sera colloqué par privilége pour la somme de 230 francs...

Autorise Bacquias à employer ses frais comme accessoires de sa créance. » (*Gaz. des hôpitaux.*)

HYDARTHROSES. *Paralysie consécutive avec atrophie musculaire aiguë.* Depuis 1872 qu'il avait observé, sur un garçon de dix-huit ans, une paralysie de l'avant-bras avec atrophie des muscles de la région supérieure, douze jours après une légère entorse du carpe, M. Le Fort s'est assuré, par des observations subséquentes, que cette espèce de paralysie se rencontrait neuf fois sur dix à la suite des lésions articulaires traumatiques et de l'hydarthrose en particulier. Il l'observa ainsi en 1873 sur une jeune malade atteinte d'hydarthrose du genou. Quelques mois après, elle ne pouvait marcher que très-difficilement et une différence considérable existait dans le volume des deux cuisses. Le triceps du côté malade avait perdu la facilité de se contracter. M. Verneuil avait remarqué, il y a longtemps, l'amaigrissement soudain de la cuisse succédant à une hydarthrose du genou. Il y a deux ans, M. Diday (de Lyon) pouvait à peine marcher par suite d'une paralysie presque complète du triceps, consécutive à une hydarthrose du genou. Enfin, M. J. Roux (de

Toulon) a signalé, il y a longtemps, une disparition rapide du deltoïde à la suite d'une hydarthrose de l'épaule.

Dans beaucoup de cas de contusion de l'épaule, il survient une atrophie du deltoïde que l'on attribue à la contusion du nerf circonflexe. Une légère arthrite peut amener, dans ce cas, une atrophie si rapide du deltoïde qu'en huit jours l'aplatissement de l'épaule simule la déformation d'une luxation. La paralysie atrophique peut même succéder à cette luxation sans que les nerfs du plexus brachial aient été lésés. L'arthrite traumatique seule peut la déterminer. Le repos prolongé, l'inertie du membre n'en est pas la cause, car la paralysie survient après 5, 8 ou 10 jours. L'atrophie est donc aiguë.

L'emploi des courants continus, faibles et permanents, sur les muscles atrophiés et parésiés, deux fois par semaine, a toujours suffi, en quelques semaines, pour ramener l'intégrité des mouvements. C'est la confirmation de la nature de la paralysie. (*Soc. de chir.*, mars.)

HYDROCÈLE. *Pansement antiseptique*. Dans 17 cas traités par incision pour cause d'hématocèle, de fungus et tumeurs du testicule, épaississement ou induration des parois du sac, ou toute autre complication, le professeur Volkmann a obtenu un succès constant en lavant les parties, après les avoir rasées, avec une solution d'acide phénique et en les incisant ensuite sous le nuage phéniqué. La cavité du sac était lavée à plusieurs reprises avec une solution phéniquée à 3 pour 100. Les ligatures faites avec du catgut, les parois de la tunique vaginale sont réunies à la peau avec 15 à 20 sutures de fine soie phéniquée.

L'action du nuage et des lavages phéniqués, en faisant contracter le scrotum et en en diminuant la cavité, facilite le contact immédiat de la paroi interne du sac avec le testicule, l'ouverture restant ouverte. Le scrotum est ensuite enveloppé dans huit à dix épaisseurs de gaze antiseptique et une masse de ouate recouvre le tout maintenu avec des bandes phéniquées. La plaie est ainsi hermétiquement soustraite à l'air et quand, après 2, 3, 4 jours ou plus, ce bandage est enlevé, les lèvres de la plaie étaient réunies 16 fois sur 17 cas, le testicule placé en bas d'une longue et étroite plaie qui se cicatrise en peu de jours par granulation.

Les opérés ont ainsi pu se lever dès le cinquième jour et être renvoyés 8 à 10 jours après l'opération, sans qu'aucune complication se soit montrée. A peine si une légère élévation de température a eu lieu dans quelques cas le jour même de l'opération. (*Berl. klin. wochenschrift*, n° 3.)

Hydrocèle chez les enfants. A la suite d'une ponction faite chez un enfant d'un mois, des convulsions toniques et cloniques éclatèrent dans les muscles de la face et des membres avec tous les symptômes de l'éclampsie. Ces accès se répétèrent périodiquement tous les jours, malgré l'emploi du bromure de potassium et l'extrait de valériane. Ils ne cessèrent que le onzième, sous l'influence du valérianate de quinine. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, avril.)

Devant ce danger, M. de Saint-Germain, rappelant ce fait bien connu que l'épanchement de la tunique vaginale chez le jeune enfant n'a plus la même tenacité que chez l'adulte, recommande de recourir préalablement à une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, résolutif bien connu depuis longtemps, mais que l'emploi banal de la teinture d'iode a fait négliger, sinon oublier. On en imbibe des compresses que l'on maintient sur les bourses des petits malades. Sur les enfants qui ne marchent point, ce moyen est tout particulièrement commode. Il provoque bien quelquefois, il est vrai, un érythème intense, même une sorte de vésicatoire, mais on couvre les parties de poudre, et la guérison n'en est point retardée. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

HYDRORACHIS. A propos de deux nouveaux cas de ce genre, traités par le docteur Mouchet avec la ligature élastique, dont un avec succès, M. Périer, rapporteur, montre que, sur les six cas traités ainsi, il n'y a eu que trois succès, tandis que, par l'injection iodo-glycérinée du docteur James Morton, il avait obtenu 7 guérisons sur 10 cas. Cette solution est donc utile à faire connaître. Elle renferme 2 parties d'iode et 6 d'iodure de potassium pour 92 de glycérine. Un à quatre grammes sont injectés, suivant le volume de la tumeur, avec un trocart de moyen volume, sans quoi cette solution épaisse ne passerait pas.

Reste à savoir si tous ces cas étaient réellement des spina bifida avec hernie de la moelle ou des nerfs ou simplement

des tumeurs ne communiquant pas avec l'intérieur du rachis. Mais si l'emploi de cette solution continue à être aussi favorable, il n'y aura plus lieu d'être arrêté par l'obscurité du diagnostic pour y recourir, tandis qu'il en est autrement de la ligature élastique; qu'il y ait ou non ponction préalable, si la tumeur contient des éléments nerveux, cette ligature doit amener infailliblement des accidents, sinon la mort. Il est donc assez probable que les succès n'ont eu lieu que dans des cas de tumeurs ne communiquant pas avec l'intérieur du rachis, comme il n'est pas rare d'en rencontrer, et qui sont excisées avec succès. C'est de ce diagnostic différentiel que dépend la solution de la valeur de ce moyen. (*Soc. de chir.*, mai.)

HYSTÉRIE. Contre la croyance générale, le docteur W. Hime n'admet pas que les passions érotiques en soient la cause ni que les organes génitaux en soient le siége. Il cite, à l'appui, plusieurs cas observés chez des femmes mariées, âgées et mères de famille et chez des enfants. Mais ce ne sont pas là des preuves démonstratives et propres à infirmer ce fait d'observation que le mariage a parfois une heureuse influence sur la marche de la maladie, ce qu'il nie. Sur 1040 hystériques, 30 pour 100 lui ont présenté des affections des organes génitaux. N'est-ce pas là une proportion assez élevée pour infirmer l'idée de l'auteur? (*Assoc. méd. anglaise.*)

Gonflement douloureux des seins. C'est une complication fréquente de l'hystérie, d'après quelques faits très-intéressants signalés par le docteur Connard dans sa thèse inaugurale. (*Paris*, 1875.) Ce gonflement doit donc faire penser à cette maladie sans autre signe. M. Liouville, ayant eu l'attention éveillée par ces faits, a pu ainsi être mis sur la trace d'une hystérie, à sa consultation du bureau central, par ce seul symptôme dont se plaignait la malade. Il y aurait pourtant lieu de rechercher si cet engorgement ne se rencontre pas spécialement dans le cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée et s'il n'est pas en rapport étroit avec les troubles de la menstruation qui accompagnent si souvent l'hystérie.

Des fomentations narcotiques et le soutien du sein, l'opium à l'intérieur, sinon des injections hypodermiques locales avec

la morphine, sont les moyens à mettre en usage contre cet engorgement.

Point douloureux apophysaire. Ce signe important des névralgies, découvert par Trousseau et sur lequel le docteur Armaingaud a le plus insisté après lui (V. *année* 1873), existerait de même dans les névroses et devrait toujours être recherché en pareil cas. Il l'a constaté ainsi dans une forme nouvelle et toute spéciale de l'hystérie, qu'il appelle *vaso-motrice intermittente*, dans laquelle on n'eût pas manqué encore de voir le merveilleux et le miracle, comme il est de mode aujourd'hui, si ce cas remarquable n'eût été observé par des médecins instruits, n'admettant pas le surnaturel dans les choses humaines. Il lui a permis de reconnaître ainsi la nature nerveuse de la maladie et d'instituer un traitement électrique propre à la guérir.

Il s'agit d'une fille de vingt-quatre ans, sans hérédité nerveuse, bien réglée, qui, après une chute violente sur l'épaule gauche, éprouvait depuis quatre ans une névralgie de l'épaule et du bras gauches, avec exacerbations fréquentes et douloureuses. A la suite d'impressions morales tristes, de véritables crises hystériques éclatent, le 15 juillet 1875, avec sensation de boule, constriction à la gorge, convulsions cloniques, pleurs, sanglots, etc. Ces accès se régularisent et deviennent intermittents lorsque, un mois après, ils se terminent par un sommeil calme et profond qui, en augmentant graduellement de durée, remplace absolument, en huit jours, les accès douloureux. Précédé de quelques spasmes pharyngiens et de légers sanglots, cet accès de sommeil commence chaque jour à onze heures du matin pour durer deux heures et demie; puis il se dédouble : le premier ne dure qu'un quart d'heure, et le second une heure et demie.

Tous les moyens avaient été successivement employés par le docteur Vergely, jusqu'au 29 octobre, lorsque M. Armaingaud, consulté, découvre, en explorant la colonne vertébrale sur les apophyses épineuses, une douleur vive à la pression sur la deuxième dorsale qui fait jeter un cri à la malade. Peu après ce premier examen, l'accès de sommeil s'annonce à l'heure ordinaire par un malaise indéfinissable avec exacerbation subite de la douleur névralgique et engourdissement douloureux du bras. Le sommeil est naturel

et calme, sans déviation des traits ni écume à la bouche. Face colorée, oreilles congestionnées, résolution des membres. Mâchoires serrées, pouls faible, dépressible à 120, au lieu de 70 à 75 dans l'intervalle des accès. Respiration accélérée, température normale. Sensibilité absolument abolie; sens complétement éteints. Aucun moyen ne peut provoquer le moindre signe de sensation. La pression seule de l'apophyse épineuse de la deuxième dorsale fait lever la malade en sursaut avec tressaillement prononcé, respiration convulsive, expression douloureuse de la physionomie, sans réveil réel. Tous ces phénomènes cessent avec la pression de l'apophyse. C'est donc le seul point du corps sensible; en dehors de lui l'anesthésie est complète, comme plusieurs médecins ont été appelés à le constater.

Un fait important, constaté à l'ophthalmoscope, est le rétrécissement des vaisseaux de la rétine pendant les accès. Le réveil a lieu à l'heure indiquée, sans pandiculation ni hésitation de la parole, en reprenant immédiatement possession de l'intelligence et de toutes les fonctions. Un peu de lassitude, de courbature des membres, refroidis et cyanosés, sont les seules traces de l'accès qui se reproduit de même deux fois par jour.

Bornant son action à la névralgie dont la douleur du point apophysaire était le signe, M. Armaingaud appliqua localement un petit vésicatoire de cinq centimètres carrés qui fut renouvelé trois fois, de semaine en semaine, sans résultat. Mais, dès l'application du quatrième, la douleur diminua graduellement pendant six jours jusqu'à disparition complète le 23 novembre. Deux grammes et demi de sulfate de quinine avaient seulement été donnés dans l'intervalle, contre les accès intermittents de sommeil, sans plus de résultat que cet alcaloïde n'en avait produit auparavant.

Le succès des révulsifs sur le rachis fit dès lors recourir à l'électrisation par des courants intermittents avec le petit appareil de Gaiffe. Tant qu'elle fut bornée au bras douloureux, en raison de la plaie du vésicatoire sur le point apophysaire, aucun résultat ne fut obtenu. Au contraire, dès que le pôle positif du courant put être appliqué sur ce point, le 27 novembre, l'accès de sommeil du matin diminua progressivement de quelques minutes pour cesser complétement le 12 décembre. Et comme preuve de son action,

l'électrisation ayant été interrompue pendant trois jours dans l'intervalle, l'accès était remonté aussitôt. Le même traitement, dirigé contre l'accès du soir, donna le même succès. C'est alors qu'un nouvel accès se manifesta quelques heures plus tard ; combattu de la même manière, il céda comme les précédents. Il est remarquable que jamais l'électrisation n'a fait retarder le début de ces différents accès, lors même qu'elle était commencée vingt minutes auparavant; ce fut toujours à la fin que la durée diminua graduellement.

L'action de ces courants intermittents est d'autant plus importante que des complications nouvelles vinrent s'ajouter au sommeil pendant ce traitement. Ce fut d'abord une congestion des deux conjonctives, puis l'apparition d'une nouvelle douleur névralgique intermittente dans le cinquième nerf intercostal droit. Et enfin, le 24 décembre, une asphyxie ou cyanose des extrémités revenant chaque jour. L'électrisation avait combattu efficacement tous ces accidents, et, à partir du 8 février, il ne restait plus que la névralgie intercostale commençant chaque jour à 6 h. 05 minutes du soir pour se terminer à 6 h. 1/2. Le sulfate de quinine, les injections morphinées ne purent en changer la régularité et ce fut encore aux courants appliqués localement que l'on en dut la guérison.

Il resterait bien à parler d'une chromidrose survenue après ce long traitement, mais ce n'est là qu'un accident sans importance après les douleurs multiples et longues que la malade eut à endurer. M. Armaingaud rattache tous ces phénomènes aux nerfs vaso-moteurs dont il voit surtout l'action centrale dans la congestion oculaire et la cyanose des extrémités, toutes deux symétriques. La rougeur et la pâleur alternative de la face, le froid habituel aux mains et aux pieds, et, par-dessus tout, le resserrement marqué des vaisseaux rétiniens pendant le sommeil, lui paraissent des preuves incontestables à l'appui de cette étiologie vaso-motrice. (*Acad. de méd.* et *Gaz. hebd.*, n°s 33 et 35.)

I

ICTÈRE SYPHILITIQUE. Au lieu d'être exceptionnel, temporaire et insignifiant dans la syphilis du foie, comme il

est généralement admis, M. le docteur Ripoll croit qu'il est constant, durable et d'une haute importance diagnostique. Le seul cas où il pourrait n'être que temporaire ou même nul, c'est lorsque la *gomme* est très-limitée et n'exerce son action que sur une portion plus ou moins circonscrite du parenchyme. Dans tous les autres, la compression, déterminée par l'hyperplasie du tissu conjonctif et les exsudats plastiques sur la cellule glandulaire, doit, comme dans le testicule vénérien, empêcher la bile d'arriver dans le canal cholédoque. La compression déterminée par le tissu morbide intra-glandulaire a en outre pour effet d'activer la circulation des veines sus-hépatiques et d'entraîner dans leur courant la bile résorbée.

C'est ainsi qu'un jeune marié de vingt-cinq ans, qui cachait avec soin l'infection syphilitique à laquelle il avait été soumis, fut pris d'un ictère après une frayeur à laquelle il fut rapporté. Ce n'est que par l'accroissement de la couleur ictérique, malgré l'emploi réitéré des moyens qui la font disparaître, que, un mois à six semaines après le début, M. Ripoll, excluant l'existence d'une affection organique essentielle et une inflammation aiguë ou chronique, diagnostiqua une modification accidentelle dans la texture du foie. Et soupçonnant l'existence de la syphilis, il fit appeler en consultation le spécialiste de la ville qui reconnut immédiatement un de ses anciens malades. Le diagnostic fut ainsi maintenu et la disparition rapide des accidents, sous l'influence d'un gramme d'iodure de potassium par jour, avec toniques et reconstituants, le confirma bientôt. L'ictère disparut avec la maladie dont il était le principal symptôme. (*Revue méd. de Toulouse*, février.)

IMMOBILISATION. *Feutre plastique.* Il est employé par M. de Saint-Germain, de préférence à la gutta-percha et aux appareils plâtrés, pour immobiliser une articulation ou un membre quelconque. C'est un tissu feutré peu épais, résistant et dur à l'état sec, fabriqué en Angleterre et vendu chez tous les marchands français. Il suffit de le tailler, suivant l'usage auquel on le destine, pour que, en le trempant dans l'eau bouillante, il se ramollisse aussitôt. Appliqué sur un membre préalablement enveloppé d'une bande roulée, sèche ou imbibée d'eau froide pour mieux le garantir contre

la brûlure, il prend la forme exacte de toutes les parties et s'y moule. Et en reprenant sa dureté, par le refroidissement, il devient un appareil solide et résistant pendant longtemps. Sa légèreté et son bas prix le rendent ainsi supérieur aux autres moyens usités. Il suffirait de le vernir pour le rendre imperméable dans le cas où il serait exposé à être mouillé et à se ramollir. Dans cet état, des malades ont pu prendre des bains sans en altérer la solidité.

M. de Saint-Germain en a fait une cuirasse pour immobiliser les genoux rhumatisants et l'immobilisation a été si parfaite, sans gêne, sans pesanteur, que des malades, qui avaient accusé dans la marche des douleurs très-vives, ont pu marcher sans souffrir et guérir rapidement de leur poussée rhumatismale. Mais il l'a spécialement utilisé contre la coxalgie. (V. *ce mot.*)

INJECTIONS. Une transfusion mal faite, ayant montré la facilité de la résorption complète du sang dans le tissu cellulaire, a été l'origine d'une nouvelle méthode d'injections sous-cutanées alimentaires. Après le sang, on a employé aussi des graisses liquides, des solutions sucrées, du jaune d'œuf. Stricker et Oser ont même tenté les injections de peptone; le tissu cellulaire tolère parfaitement tout cela. Un aliéné refuse de manger, la sonde œsophagienne offre des dangers, on décida alors de faire des injections hypodermiques alimentaires. On prit une seringue pouvant contenir 15 centièmes de liquide; cette seringue fut, à l'aide d'un tube en caoutchouc, ajustée à une seringue ordinaire de Pravaz. Au moyen d'une aiguille adaptée à celle-ci se faisait la piqûre; le récipient en verre de la seringue Pravaz permettait de voir passer le liquide; le tube en caoutchouc amortissait le choc et rendait moins dangereux les mouvements du malade. On injecta par jour une, puis deux seringues remplies d'huile (30 centigrammes); la durée de l'opération variait d'une demi-heure à une heure; plus l'injection était lente, moins elle était douloureuse. Les piqûres furent faites au pied, sur le ventre, sur les côtés. Une seule fois survint un abcès, il avait été injecté du contenu d'un œuf. Le malade subit ces injections du 7 au 25 février, excepté les 13, 16, 18 et 23, jours où il consentit à

manger, et du 27 au 30 mars. Dès la première injection disparut l'odeur du jeûne prolongé.

Injections morphinées. Une explication toute simple est donnée par M. Chouppe des accidents constatés dans certains cas et même la mort, succédant à des doses presque homœopathiques. C'est l'introduction de l'aiguille canule dans une petite veinule sous-cutanée et l'injection directe dans le torrent de la circulation. Déjà signalé, ce danger s'est traduit par les phénomènes suivants, avec une injection de trois centigrammes de chlorhydrate de morphine : fourmillements dans les mains s'étendant rapidement à tout le corps, suivis de rougeur de la face avec battements des artères, pouls très-fréquent et extrême pesanteur de tête; angoisse profonde, sueur froide. Ces accidents plus légers se répétèrent dans un autre cas avec un centigramme et dans un troisième avec 16 milligrammes seulement.

On avait jusqu'ici attribué ces symptômes insolites à une susceptibilité individuelle et l'on n'avait que la ressource d'employer de très-faibles doses, en commençant, pour les éviter. Un petit filet de sang, s'échappant de la piqûre en retirant la canule, a été un trait de lumière pour découvrir la vérité à cet égard. Dans un autre cas, il suffit d'enlever la seringue de la canule pour voir s'échapper du sang goutte à goutte de celle-ci. C'était donc la confirmation qu'elle aboutissait dans un vaisseau. Il suffit, en effet, de la pousser davantage, de transpercer celui-ci pour que, en injectant de nouveau la même solution, aucun accident n'ait lieu. L'épreuve était donc concluante.

Au lieu de ponctionner la peau avec la canule adaptée à la seringue toute chargée et de pousser immédiatement l'injection, il est prudent, pour éviter cet accident, d'introduire d'abord la canule séparée, pour s'assurer qu'il ne s'écoule pas de sang, avant de pousser l'injection. S'il s'écoule du sang, il faut piquer dans un autre endroit ou enfoncer plus profondément la canule et ne faire l'injection qu'en étant sûr ainsi qu'elle a seulement pénétré dans le tissu cellulaire. (*Gaz. hebdom.*, n° 11.)

Conduit sans doute par ses expériences sur le signe pupillaire de la saturation de l'organisme par la morphine (*V. année* 1875), M. Vibert, du Puy, en a découvert un effet

nouveau : C'est l'excitation générale, la restauration produite par ces injections sous-cutanées sur l'économie toute entière. Dans le cas de dilatation pupillaire à la suite d'hémorrhagies abondantes, de pertes de sang après l'accouchement ou une opération, ce qui est un signe de faiblesse, d'anémie, d'adynamie, si l'on injecte un à cinq centigrammes de morphine, en même temps que la pupille se contracte, la faiblesse, la pâleur et l'algidité disparaissent, la vie et la chaleur reviennent en une demi-heure, c'est-à-dire beaucoup plus vite qu'avec les cordiaux. Elles sont ainsi toniques et sédatives à la fois. Ces résultats ont été obtenus même contre la faiblesse, l'adynamie extrême, résultant d'états cachectiques comme la phthisie pulmonaire.

L'abus de ces injections, en Allemagne, a produit des accidents formidables que l'on a désignés sous le nom de *Morphiemanie*. Comparés au *délirium tremens*, ces accidents constituent un état morbide extrêmement grave qui mérite une place spéciale dans la nosologie. V. MORPHINISME.

Injections de digitaline. Faites avec une solution de un décigramme de digitaline de Merck dans vingt centimètres cubes d'eau et cinq centimètres cubes de glycérine, par Witkowski, sur quatre aliénés, elles n'influencèrent en rien la température, ni le pouls, ni la quantité d'urine. Le résultat thérapeutique fut complétement nul. Au contraire, chez deux malades, l'avant-bras présenta le lendemain une inflammation très-vive, partant du lieu de la piqûre, qui disparut rapidement chez l'un d'eux, mais qui, chez l'autre, amena un phlegmon étendu, ayant nécessité des incisions multiples, et qui mit longtemps à guérir. Il se développa des abcès locaux, chez les deux autres aliénés, quelques jours après l'injection. (*Deutsch archiv f. klin. mediz.* vol. XVII.)

Injections d'acide tannique. L'inefficacité des injections d'alcool dans les tissus cancéreux a décidé le docteur Schwalbe à y substituer l'acide tannique, qui a la propriété de détruire les cellules cancéreuses et de favoriser la résorption du produit.

Il l'a essayé en injections contre diverses tumeurs, et, sous son influence, un lymphome malin du cou diminua dans des proportions considérables. Une tumeur, grosse comme un

œuf de poule, implantée sur le périoste de la mâchoire inférieure et dont le développement avait été très-rapide, se mortifia dans son ensemble et ne tarda pas à tomber.

Il l'a encore essayé avec succès dans une névralgie du trijumeau avec foyers douloureux. Ceux-ci disparurent, comme s'ils avaient été frappés de mortification, ainsi que cela arrive à la pulpe d'une dent cariée. (*Bull. de thér.*)

Injections utérines et vaginales. Elles se pratiquent avec une seringue de Pravaz dont la canule est allongée et recourbée dans le même sens que l'hystéromètre. Cette méthode toute récente permet ainsi d'injecter directement, dans le parenchyme utérin, des solutions de morphine ou d'ergotine. Dans les myomes utérins intra-pariétaux faisant saillie dans la cavité utérine, Hégar a injecté de la teinture d'iode; mais en laissant la canule assez longtemps en place pour que l'absorption du liquide empêche l'écoulement du sang de la piqûre qui se produit autrement. Il est même utile d'appliquer un petit tampon sur la piqûre pour prévenir tout accident ultérieur de ce genre. (*Die operative gynækologie. La gynécologie opératoire*, Erlangen.)

Injections de bromure et d'iodure de potassium. Voy. BUBON, EPILEPSIE.

J

JURISPRUDENCE. La responsabilité de l'Assistance publique ne saurait être engagée par le fait qu'un nourrisson, confié par elle à une nourrice pour être élevé au sein, a transmis à celle-ci une maladie syphilitique, alors qu'il est établi que, lors de la visite par le médecin de l'administration, l'enfant paraissait sain, et que, dès les premiers symptômes de la maladie, défense a été faite à la nourrice de continuer la nourriture.

Cette décision résulte d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine le 13 janvier 1874, confirmé par arrêt de la Cour de Paris du 29 janvier dernier, malgré les circonstances de l'espèce très-défavorables à la plaignante.

Association médico-pharmaceutique. La vente d'un remède

secret étant le but de cette association est passible de la loi, d'après un jugement de la 8e chambre du tribunal correctionnel de Paris. Le docteur Bourdoncle et M. Martin, pharmacien, demeurant dans la même maison rue St.-Louis-en-l'Ile, étaient prévenus de vendre ensemble le sirop de Cabory. Le médecin, propriétaire de la pharmacie, prescrivait presque exclusivement ce sirop et recevait, comme indemnité du pharmacien, 400 francs par mois. De plus, celui-ci lui envoyait des malades et le recommandait à sa clientèle. Or, de l'aveu du pharmacien, le sirop de Cabory a la même formule à peu près que la tisane royale ou médecine noire du Codex. Le tribunal a condamné MM. Bourdoncle et Martin chacun à 100 fr. d'amende pour cette association illicite.

Compatibilité des fonctions municipales et de celles de médecin cantonal. Cette question ne peut manquer de se présenter fréquemment, surtout depuis que l'élection des municipalités est rendue aux électeurs communaux. Malgré un arrêté affirmatif du Conseil d'État, du 28 mars 1866, et celui du 16 juillet 1875, confirmant la validité de l'élection du docteur Martin, médecin du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement, au conseil municipal de Paris (V. *année* 1875), cette question est encore posée tous les jours dans la presse. L'un des abonnés du *Constitutionnel* la posait ainsi récemment, et elle est restée sans réponse par le préfet d'Ille-et-Vilaine au docteur Boisgard. (*Union méd.*, nos 128 et 139.) Le cas n'étant pas prévu par la loi électorale, on doit s'en référer à cet égard aux précédents arrêtés affirmatifs du Conseil d'État. Voy. RÉQUISITION, SECRET MÉDICAL.

K

KYSTES. Kystes de l'ovaire. *Diagnostic différentiel.* La nature variable du contenu des kystes a conduit M. Kœberlé à faire l'examen du liquide extrait par la ponction pour déterminer leur siége. L'acide nitrique et l'acide acétique précipitant l'albumine, un liquide formant précipité avec ces deux réactifs employés successivement est donc purement albumineux, comme celui des kystes de la trompe en

particulier. Celui des kystes de l'ovaire contient en général, avec l'albumine, de la paralbumine qui se dissout dans l'acide acétique. Aussi, quand le précipité formé par l'action de l'acide nitrique, se dissout par l'addition de l'acide acétique, il faut conclure à la présence de la paralbumine, c'est-à-dire à un kyste de l'ovaire qui en contient ordinairement. L'absence absolue de précipité avec ces réactifs indique un liquide aqueux, c'est-à-dire un kyste séreux sous-péritonéal ou paraovarien dont le traitement est aussi simple que certain dans ses résultats. La ponction suffit, en général, à les guérir sans injection iodée, tandis que les autres résistent quand même trop souvent à ces deux moyens.

Ces réactions bien tranchées sont concluantes et permettent d'affirmer telle variété de kyste. Mais elles sont parfois peu nettes et induisent même en erreur. Il s'est rencontré des kystes du ligament large dont le liquide contenait des traces d'albumine, ce qui prêtait à les confondre avec les kystes de la trompe; d'autres fois, le liquide du kyste ovarique a contenu si peu d'albumine et de paralbumine qu'on était tout porté à prendre la tumeur pour un kyste paraovarique. Mais ces exceptions sont très-rares et ne font pour ainsi dire que confirmer la règle. (*Soc. de méd. de Strasbourg*, 1875.)

Épithélium différentiel. L'examen du liquide pour le diagnostic différentiel n'a pas encore donné de signe précis, malgré le secours du microscope. Les cellules épithéliales cylindriques, indiquées comme caractéristiques du kyste de l'ovaire droit, n'ont guère plus de valeur que la cellule spéciale de M. Drysdale (*V. années* 1873-74). Dans un kyste de l'ovaire droit, compliqué d'hydropisie de la trompe, chez une femme de 67 ans ayant subi deux ponctions faites par M. Panas, à Lariboisière, et qui succomba subitement le 19 octobre 1875, trois jours après la dernière, l'examen microscopique des deux liquides montra les différences suivantes : le liquide muqueux et jaunâtre provenant de l'hydropisie de la trompe contenait un épithélium cylindrique, tandis que celui du kyste, muqueux aussi, ressemblant à du fluide hydatique et encore mieux à du frai de grenouille, contenait un épithélium nucléaire à cellules arrondies, probablement celle de M. Drysdale. Ce serait donc dans le caractère

distinctif de cet épithélium que serait le signe différentiel. Reste à savoir si ce ne sera pas une nouvelle illusion microscopique. (*Progrès méd.*, n° 1.)

Rupture. En en collectant 155 cas dans les auteurs, le docteur Nepveu a montré que l'épanchement s'est fait 128 fois dans le péritoine, 11 fois dans l'intestin, 6 fois dans la vessie, 2 fois dans le vagin et 1 fois dans l'utérus; l'issue a eu lieu 7 fois au dehors par la perforation de la paroi abdominale.

Que cette rupture ait lieu par traumatisme ou altération des parois, il en résulte le plus souvent une douleur intense avec défaillance, syncope, convulsions, etc. La déformation du ventre est un signe constant; un son clair succède à la matité, une péritonite suraiguë survient aussitôt. Du météorisme, une cyanose rapide et la mort y succèdent dans la moitié des cas, soit 63 fois sur 127 cas. La guérison a eu lieu dans les 64 autres, par localisation de la péritonite ou autrement, mais le kyste s'est reproduit dans 21 de ces cas et la guérison n'a été définitive que dans 43.

Il semble naturel d'admettre que ces accidents et ces résultats soient en rapport avec l'étendue de la rupture et l'abondance de l'épanchement. Mais l'auteur n'examine pas ce point intéressant. La nature seule du liquide épanché a fait l'objet de ses recherches. Sur 49 cas d'épanchement de sérosité, il n'y a eu que quatre guérisons. Les liquides gélatineux et hydatique paraissent surtout dangereux. L'expectation n'est guère permise que dans le cas de liquide séreux. (*Ann. de gynécol.*, 1875.)

Drainage abdomino-vaginal. Quoique abandonné par la plupart des chirurgiens, en raison de la péritonite qui peut en être la conséquence et de la putridité des liquides contenus dans le kyste, M. Delore (de Lyon) a repris l'emploi de ce moyen en le modifiant. Au lieu de la simple ponction abdominale, qui permet difficilement le lavage complet et l'issue entière des liquides, il l'a fait suivre d'une contre-ponction dans le vagin correspondant au cul-de-sac de Douglas. De grandes irrigations, de 20 à 30 litres d'eau phéniquée, peuvent être faites journellement. Il a guéri, par ce procédé, une femme de 40 ans, atteinte d'un kyste uniloculaire droit formant au fond d'un vagin une tumeur volumineuse arrondie.

Opérée le 12 juin 1873, cette femme était dans un état général excellent au mois de mars 1876.

Cette opération s'applique aux kystes uniloculaires, à contenu séreux, plus ou moins perceptibles par le toucher vaginal dans l'épaisseur du cul-de-sac postérieur. L'existence d'adhérences nombreuses et l'absence de pédicule contre-indiquant l'ovariotomie doivent surtout y faire recourir. Voici comment il y procède.

Une ponction préalable ayant révélé la nature du liquide, l'existence d'un seul kyste et la possibilité de pratiquer une ouverture vaginale, on commence la cautérisation des parois abdominales pour établir des adhérences. Celles-ci étant complètes, la cautérisation vaginale est faite, suivant le procédé de Bonnet, sur le point le plus saillant de la tumeur, avec la poudre de Vienne, suivie d'une rondelle de pâte de Canquoin. L'adhérence avec le sac s'établit en vingt-quatre heures. On ponctionne dès lors l'abdomen avec un long trocart courbe dont on fait ressortir la pointe au milieu de l'eschare du vagin. Un drain fixé à ce trocart traverse la tumeur où il reste à demeure pour l'évacuation des liquides.

On voit dès lors toutes les difficultés et les dangers de ce procédé. La cautérisation vaginale est surtout des plus délicates et peut à elle seule déterminer des accidents de péritonite. Comment diagnostiquer ensuite les adhérences abdominales et l'absence de pédicule du kyste? L'épaisseur de ses parois et l'existence de petits kystes secondaires suffisent pour amener l'insuccès de ce moyen. Il ne peut donc remplacer que très-rarement l'ovariotomie. (*Soc. de chir.*, mars.)

Electrolyse. Employée seule ou avec la faradisation, cette méthode a donné plusieurs succès au docteur Fieber qui se sert à cet effet d'éléments zinc et charbon avec une dissolution de chromate de potasse. Le pôle zinc pénètre dans le kyste par une aiguille d'acier assez forte pour ne pas se briser et assez fine pour ne pas blesser. L'autre réophore, de forme ordinaire, s'applique bien humecté sur la paroi abdominale. La force du courant et le nombre des séances varient selon les cas et la tolérance des malades.

L'action se manifeste par le ratatinement du kyste en une tumeur plus ou moins petite, parfois à peine perceptible. Dans un cas, elle se réduisit de la grosseur d'une tête d'a-

duite à celle d'une petite pomme. Cette action est souvent tardive et il est bon, après un certain temps, d'interrompre l'électrolyse pour en attendre le résultat, sauf à y revenir plus tard.

Les malades les plus affaiblis supportent très-bien ce traitement, auquel on peut joindre un régime tonique et reconstituant. S'il est plus long et moins sûr que l'ovariotomie, il a l'avantage d'être sans dangers. On peut donc toujours commencer par y recourir. (*Allg. Wiener med. Zeitung.*)

Kystes hydatiques. *Urticaire.* L'apparition de cet exanthème peut être un élément de diagnostic de la pénétration du liquide hydatique dans une cavité séreuse, le péritoine en particulier. 14 observations sont rapportées à l'appui par M. Feytaud dans sa thèse inaugurale. (*Paris*, 1875.) Il se montre ainsi soit à la suite de la rupture spontanée du kyste, soit à la suite de sa ponction avec issue du liquide dans la séreuse. L'urticaire indique donc la rupture du kyste et sa nature. Mais, outre que ce signe n'est pas constant, il s'est aussi montré avant la ponction dans un cas observé par M. Laveran. La fréquence de cette éruption dans les maladies de l'appareil gastro-hépatique, ou l'ictère par rétention, ne permet donc pas d'adopter sans réserve cette nouvelle cause de l'urticaire. (*Gaz. hebdom.*, nº 16.)

Il n'est pas question d'ictère dans le fait, signalé par M. Petit, d'une pleurésie droite survenue chez un malade atteint d'une tumeur kystique du foie, stationnaire depuis quatre ans. La ponction aspiratrice amena, en même temps que l'évacuation de l'épanchement purulent, l'issue du kyste hépatique avec gouttelettes graisseuses et débris d'hydatides. Aucune trace d'urticaire ne survint. (*Assoc. française.*)

Leur présence dans le cerveau ne détermine souvent aucun accident. Un exemple remarquable s'en est présenté à la Charité, service de M. Sée, sur un jeune pâtissier mort de méningite aiguë le quatrième jour. Il n'accusait à l'entrée qu'une céphalalgie d'une extrême intensité avec une pâleur extrême et bruit de souffle anémique au cœur, sans fièvre. L'autopsie montra, outre les lésions de la méningite, une multitude d'abcès miliaires dans le cerveau et une petite poche séreuse renfermant des cysticerques. (*Gaz. des hôpi-*

taux.) On trouve un grand nombre d'exemples analogues à l'article *Cerveau* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Ce fut le contraire chez un robuste garçon de 25 ans, entré à l'hôpital de Chantelle, en février 1875, avec marche incertaine, membres inférieurs très-faibles, tête portée en avant, cou raide, le tronc se mouvant d'une seule pièce en raison de la douleur que les mouvements provoquent, ainsi que ceux du cou. Amaurose incomplète, déviation des yeux, hyperesthésie cutanée. Douleurs vives des membres surtout la nuit, douleur occipitale fixe, désirs vénériens exagérés. Sauf une constipation opiniâtre et un peu de dysurie, les fonctions s'exécutent normalement; *il n'y a pas de vomissements.* Le début assez vague de ces accidents remontait au mois d'août 1873. L'état resta le même après l'entrée à l'hôpital, jusqu'au mois de septembre, avec persistance de l'embonpoint. L'intelligence seule diminuait notablement. Il mourut à cette époque presque subitement, sans agonie et sans aucune complication.

En incisant la tente du cervelet, une poche se présente, plus grosse qu'un œuf, placée à la face supérieure du lobe gauche et comme enchatonnée dans sa substance. Elle proémine des deux tiers en avant vers le cerveau, limitée par une paroi mince demi-transparente, facile à déchirer, et au travers de laquelle on aperçoit un liquide citrin, à peine louche, sans albumine. Aucune autre poche n'existait là ni ailleurs. Tous les autres viscères étaient sains. (*Gaz. hebd.*, 1875.)

Leur développement dans le cœur est toujours fatal. Reeves en cite deux nouvelles observations qui le montrent. Un garçon de 16 ans, revenant de son travail, se plaignit de vertiges, s'affaissa et mourut subitement. L'autopsie montra un kyste hydatique, comme un œuf de pigeon, dans la paroi du ventricule gauche.

Une femme de 23 ans, ayant éprouvé des points pleurétiques, entra à l'hôpital pour des accidents congestifs du poumon. Elle se plaignit plus tard de douleurs lancinantes dans le côté gauche et la région précordiale. Matité étendue locale sans aucun bruit. Il y eut dypsnée, anasarque, puis mort.

Outre des adhérences pleurales et cardio-péricardiques,

un kyste hydatique, comme une orange, fut rencontré à la pointe du ventricule droit et proéminent dans sa cavité. Il était rempli de vésicules filles dont plusieurs s'étaient échappées pour gagner l'artère pulmonaire où l'on en trouva en diverses parties de son trajet. (*Heart diseases.*)

Leur rupture dans le canal rachidien peut déterminer aussi la paraplégie et simuler ainsi une hémorrhagie. Chez un homme de 52 ans, qui en fut frappé, l'autopsie montra, à MM. Liouville et Strauss, un kyste hydatique ouvert dans le rachis au niveau de la dixième dorsale. Une poche volumineuse, entre le lobe inférieur du poumon gauche et le diaphragme, en montrait la source. (*Soc. de biol.*, 1875.)

Kystes du foie. Sans être aussi graves, en raison de leur subordination à la chirurgie, ils ne déterminent pas moins la mort. La ponction capillaire avec aspiration, vantée par MM. Tillaux et Desnos comme un moyen de tuer l'hydatide et d'en provoquer la dégénérescence, n'est guère applicable aux kystes volumineux, surtout chez les sujets détériorés, sinon cachectiques. C'est ainsi que chez un marin de 31 ans, hémoptoïque, une première ponction aspiratrice ayant donné 42 onces de liquide clair, non albumineux, riche en chlorures avec des crochets d'échinocoques, fut suivie de la reproduction du liquide, devenu albumineux, louche et purulent, un mois après. La troisième ponction, faite huit jours après la seconde, ne donna que du pus. L'état général s'aggravait ainsi avec émaciation, langue sèche, ictère, frissons, fièvre hectique, lorsqu'on se décida à ouvrir largement le foyer suppuré. Il se vida ainsi et, grâce au drainage et au pansement antiseptique, la suppuration se tarit, l'état général s'améliora, et, trois mois après, la guérison était complète. (*Edinb. med. journal*, décembre 1875.)

Ne serait-ce pas surtout dans ces kystes vastes que l'on pourrait appliquer l'électricité tendant à tuer les parasites à l'intérieur, comme le font les médecins anglais? Deux aiguilles dorées, plongées à une petite distance l'une de l'autre, de manière à ce que leurs pointes se touchent à l'intérieur du kyste, sont mises en rapport avec le pôle négatif d'une pile de Daniell de dix éléments, tandis que le pôle positif, terminé par une éponge humide, est placé sur la paroi abdomi-

nale. Le courant passe ainsi pendant dix à vingt minutes. (*Bull. général de thérap.*, 1875.)

Ce moyen ne serait pas plus infaillible que l'iodure de potassium pour tuer les hydatides, d'après le professeur Semmola, de Naples. Ayant plongé deux aiguilles, à 2 ou 3 centimètres de profondeur, dans un vaste kyste hydatique du foie, chez un homme de 44 ans, à l'hôpital des Incurables, la tumeur diminua dès la première semaine pour rester stationnaire dans la deuxième, reprendre, sinon surpasser, ses premières dimensions dans la troisième, c'est-à-dire à mesure que le nombre et la force des éléments électriques augmentaient. Il fallut pratiquer une large incision pour l'évacuation du liquide purulent. Le drainage et des injections amenèrent rapidement la guérison.

L'avantage de ces piqûres, dans ce cas, a été de provoquer des adhérences bien plus facilement et rapidement que par les caustiques et les épingles, et de permettre ainsi l'ouverture du kyste.

Un des résultats de cette observation est de montrer l'inutilité de l'iodure de potassium, car, le kyste ayant été ponctionné après son administration, on ne trouva pas trace d'iode dans le liquide, alors que la salive et les urines en contenaient notablement. (*Ann. clin. dell ospedale de Incurabili*, 1875.)

Influence de la pleurésie. Des kystes hydatiques du foie, indolents et stationnaires jusque-là, sont devenus douloureux et purulents, puis se sont affaissés sous l'influence d'une pleurésie aiguë de l'un ou de l'autre côté, suivant l'observation de M. Petit. Il en relate trois exemples. La tumeur était stationnaire depuis quatre ans dans le premier. Une pleurésie aiguë survint. La thoracentèse, en vidant le kyste, amena l'issue de pus avec gouttelettes graisseuses et débris d'hydatides.

Dans le second, au contraire, la tumeur, qui existait depuis dix ans, augmenta et devint douloureuse. La pleurésie ayant guéri sans ponction, le kyste s'affaissa et cessa d'être douloureux.

La tumeur abdominale était devenue très-volumineuse et douloureuse sous l'influence d'une pleurésie très-longue et ayant été ponctionnée deux fois. On ponctionne le kyste qui

s'enflamme, puis devient indolent et entre dans une voie de régression. (*Assoc. française.*)

Une collection purulente enkystée entre le foie et le diaphragme peut simuler un kyste hépatique, comme l'exemple s'en est rencontré chez un homme de 40 ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 22 juin 1875, service de M. Soulier. Depuis un an, palpitations, oppression et toux, et, depuis deux mois, perte de l'appétit, de l'embonpoint et des forces. A l'entrée, dyspnée, anorexie, état fébrile et œdème des membres inférieurs; voussure considérable de tout le côté droit de la poitrine et de l'abdomen, mais sans douleur ni ictère; la matité hépatique remonte à trois travers de doigt au-dessus du mamelon et descend un peu au-dessous de l'ombilic. On diagnostique *kyste (hydatique?) de la face convexe du foie.* Le malade s'affaiblissant de plus en plus, on le ponctionne, le 6 juillet, et l'on retire deux litres et demi d'un liquide puriforme, fétide, très-albumineux, mais ne contenant pas de crochets. L'opération, qui a d'ailleurs soulagé le patient, est suivie d'une diminution très-notable dans l'étendue de la matité. L'état général s'améliore, mais, le 13 août, à la suite d'une poussée pneumonique à la base droite, vomique assez abondante, qui se reproduit le 25 septembre et est suivie de la mort.

Foie graisseux à l'autopsie. Entre sa face convexe et le diaphragme existe une vaste poche contenant un litre du même liquide que celui de la ponction. Le diaphragme offre deux orifices déchiquetés s'ouvrant directement dans le poumon, qui adhère lui-même intimement à sa face supérieure. (*Lyon méd.*, n° 32, 1875.)

Un signe propre à faire reconnaître la nature d'une collection douteuse, comme celle-ci, après sa rupture dans le péritoine, c'est l'absence ou l'apparition de l'urticaire qui se manifeste spontanément dans les kystes hydatiques, comme on l'a vu plus haut. Il suffit qu'une petite quantité de ce liquide se répande dans le péritoine, après la ponction ou spontanément, pour que cette éruption passagère apparaisse avec fièvre et réaction générale. C'est un signe aujourd'hui bien confirmé de la nature hydatique d'un liquide épanché. V. Fistule hépato-bronchique, urticaire hydatique.

Kystes synoviaux hordéiformes. Ils se rencontrent

presque exclusivement dans les gaînes tendineuses du poignet et de la main dont ils empêchent les mouvements en raison des corps étrangers, sous forme de grains d'orge ou de riz à demi-cuit, qui se trouvent dans le liquide. Trois cas observés à l'hôpital Saint-Louis par M. Duplay, dont deux chez des femmes et le troisième chez un vitrier, ont servi à tracer l'histoire clinique de ces lésions.

Elles s'observent principalement chez les manouvriers qui travaillent continuellement de leurs doigts et subissent ainsi des frottements incessants des coulisses tendineuses. Le vitrier manie ainsi son marteau toute la journée. On les rencontre pourtant aussi dans les classes riches.

L'invasion des gaînes synoviales par du liquide est due au processus de l'hydropisie avec un certain degré d'irritation des parois. De là ces dépôts, ces épaississements de ces parois avec saillie intra-cavitaire et la chute de ces corps indépendants. Ces petits grains riziformes ont ainsi à l'autopsie la même composition que les dépôts sous-séreux observés précédemment. C'est un tissu amorphe ou vaguement fibrillaire, de nature conjonctive, souvent ramolli, et contenant parfois des granulations et des rudiments de formation cellulaire.

Il s'agit donc d'une affection inflammatoire subaiguë que le repos, au début, suffirait probablement à arrêter. Mais la douleur étant supportable, le malade continue à travailler et le mal s'accroît et augmente ainsi, avec la douleur et le gonflement, jusqu'à l'impossibilité absolue de se servir de la main.

Tel est le cas de ce vitrier qui, tout en souffrant, continua à travailler pendant cinq mois lorsqu'une torsion accidentelle de son poignet augmenta le mal tout à coup et l'obligea d'entrer à l'hôpital, portant au niveau du quart inférieur du poignet droit, au-devant de la paume de la main, une tumeur allongée occupant exclusivement la moitié interne. Elle remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'interligne radio-carpien, tandis qu'elle est moins facile à circonscrire par sa situation profonde dans l'éminence hypothénar.

Fluctuante dans le sens de sa longueur, cette masse allongée donne une crépitation spéciale, comparable à celle que produit la neige ou l'amidon pressée, écrasée entre les

doigts ; des grains de riz à demi cuit contenus dans une poche fourniraient la même crépitation. De là son nom.

Si l'extension des doigts est possible et peu douloureuse, leur flexion est absolument impossible, le pouce et le médius exceptés. L'extrémité des autres ne peut être amenée dans la paume de la main. De là l'impossibilité de saisir ni de tenir solidement un objet quelconque. La flexion de la main sur l'avant-bras est aussi douloureuse et entravée.

Cette affection peut d'ailleurs se limiter à une seule gaîne et même se localiser dans un point, comme elle se rencontre dans les bourses muqueuses sous-cutanées.

La crépitation spéciale de ces kystes en est le meilleur signe différentiel. Il est presque absolu. M. Trélat a pourtant rencontré une tumeur du talon de la main, vaguement fluctuante et allongée, donnant une sorte de crépitation qui fit croire à un kyste synovial hordéiforme. L'incision montra un simple lipôme étranglé au milieu, comme il n'est pas rare d'en rencontrer. Mais la fluctuation moindre et la crépitation riziforme moins nette peuvent servir à établir le diagnostic différentiel.

Le repos et l'abstention de toute opération, en raison de la gravité du traumatisme des gaînes séreuses, est le plus sûr moyen de conjurer les accidents ; mais, pour ceux qui ont besoin de leurs mains pour gagner leur vie, il faut agir de toute nécessité, malgré les accidents à redouter. Une simple ponction suivie de lavage , et même d'une injection iodée, ne réussit pas toujours à enlever les grains riziformes ; la récidive est toujours à craindre, sans compter l'adhérence complète des surfaces séreuses qui peut en résulter, complication pire que le mal puisqu'elle arrête définitivement et complétement les glissements tendineux. Le développement de fongosités, la suppuration, le phlegmon diffus sont aussi à redouter et ont entraîné deux fois la mort. De là le conseil de s'en tenir aux moyens palliatifs, toutes les fois que la condition sociale du malade le permet.

L'incision à ciel ouvert, quand les grains sont nombreux, ou sous-cutanée et suivie ou non d'injection iodée, est le plus sûr moyen curatif. Elle permet de vider complétement le kyste. Mais il faut alors pratiquer aussitôt après l'occlusion avec la baudruche et soumettre le membre à la compression et à une immobilité absolue. (*Tribune méd.*, n° 390.)

Kyste prélaryngé. *Séton filiforme.* Une petite fille de quatre ans présentait à la partie antérieure et médiane du cou, au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, une tumeur comme un petit œuf de poule, arrondie, molle, fluctuante et suivant exactement les mouvements du larynx. Son début remonte à sept mois. La respiration en est si gênée que l'on entend le bruit de l'inspiration à deux mètres de distance. Déglutition presque impossible ; la régurgitation et les vomissements se produisant dès que les aliments pénétraient à la partie supérieure du pharynx.

Au lieu d'en tenter l'extirpation, toujours dangereuse en pareil cas, le docteur de Saint-Germain transperça d'outre en outre la tumeur, dans sa portion fluctuante, avec une aiguille courbe armée d'un fil enfoncé perpendiculairement à l'axe de l'arbre respiratoire. Évacuation immédiate d'un liquide épais, rougeâtre, non purulent, comme dans les kystes de ces régions. Une réaction légère s'ensuivit, mais, dès le huitième jour, la dyspnée et la dysphagie diminuèrent, l'enfant se nourrit et le kyste se vida graduellement. Deux mois après, elle sortait guérie de l'hôpital.

Dans ces cas de kyste séreux, on peut donc recourir à ce procédé qui, malgré sa lenteur, a l'avantage de ne laisser aucune trace, surtout dans cette région et chez une jeune fille. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, décembre 1875.)

Kystes épididymaires. — Voy. ABCÈS, HÉMATOCÈLE, UTÉRUS.

Kystes thyroïdes. *Communication avec la trachée.* Ce fait, peut-être unique, a été constaté anatomiquement par M. Marc Sée sur une femme de cinquante-six ans, entrée à la Maison municipale de santé pour des accès de suffocation avec quintes de toux, suivies d'expectoration d'aspect purulent. Le corps thyroïde faisait une saillie considérable. Des badigeonnages de teinture d'iode et des vésicatoires avaient été employés inutilement dessus. Rien d'anormal au laryngoscope, voix naturelle. Rien à l'auscultation. Pas d'antécédents syphilitiques.

Les accès revenant de plus en plus souvent, cette femme mourut asphyxiée, le 13 octobre, dans l'un d'eux. L'examen cadavérique constata des kystes multiples dans le lobe

; du corps thyroïde augmenté de volume. Toute l'é-
du canal aérien était intacte, sauf une tumeur, apla-
llasse, grisâtre, très-adhérente au niveau du cartilage
e et le premier anneau de la trachée. De un à deux cen-
es de diamètre, elle formait un bourrelet arrondi sur
queuse, d'une saillie de cinq millimètres environ. Le
porté au centre pénétrait dans une cavité communi-
avec la partie profonde de la glande thyroïde. Du
puriforme, comme celui des kystes, en sortit en
nce par la section transversale.
mble donc résulter de cet examen, qu'un des kystes,
dans les voies respiratoires, a donné lieu à des pro-
s inflammatoires qui ont fini par déterminer la
comme la succession des phénomènes l'indique. C'est
à un danger non encore signalé des kystes de la
le. (*Soc. de chir.*, octobre.)

L

YNGITE ECTHYMATEUSE. La plupart des exan-
cutanés ont leur retentissement sur la gorge, et les
ales affections cutanées : eczéma, pityriasis, psoriasis,
etentissent sur le larynx, comme les maladies cons-
nelles qui ont aussi leurs manifestations sur la peau :
morve, scrofule, etc. Aucun fait connu ne prouvait
que le rupia et l'ecthyma se répercutaient de même
ppareil vocal, lorsque M. le docteur J. Bœckel, de
ourg, provoqué, publia l'observation suivante :
petite fille de neuf ans, grêle et chétive, issue d'un ma-
onsanguin, est atteinte, en janvier 1875, d'une énorme
sur la fesse droite, qui l'oblige à s'aliter. D'autres
cèdent en différents endroits, notamment aux deux
, de la grandeur d'une pièce de cinq francs. M. le
r Schneiter les reconnut pour des pustules d'ecthyma.
ois après, une pustule se développe sur la lèvre infé-
à droite, puis les gencives s'enflamment et toute la
use buccale ensuite; la dysphagie apparaît, puis la
e avec toux. Il y a rougeur diffuse très-intense de la
palatine, du voile du palais, des piliers et de la paroi
eure du pharynx. Bientôt la suffocation a lieu, l'a-

phonie est complète, avec fièvre et agitation, et la difficulté de la respiration est telle que, le 24 février, M. Bœckel, appelé en consultation, trouve l'enfant cyanosée, anxieuse, comme dans le croup, ce qui fait discuter l'opportunité de la trachéotomie. Muqueuse buccale et pharyngienne d'un rouge vif uniforme, ulcérations partielles des gencives, dont les bords sont recouverts d'un véritable putrilage. La pustule de la lèvre inférieure a l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, elle est grisâtre, et sécrète un liquide ichoreux et fétide.

L'examen laryngoscopique montre l'épiglotte tuméfiée et boursouflée, d'un rouge sombre, polie à sa surface, sans la moindre perte de substance. Infiltration marquée des replis aryténo-épiglottiques d'un rouge sombre et masquant les parties sous-jacentes. L'ouverture qu'ils circonscrivent a tout au plus deux millimètres de large. La muqueuse recouvrant les cartilages aryténoïdes forme deux bourrelets d'un rouge sombre. A droite et vers le sommet du cartilage, existe une petite ulcération arrondie, superficielle, grisâtre, entourée d'une auréole d'un rouge vif; les cordes vocales ne sont pas visibles.

La trachéotomie fut pratiquée après cet examen, le 25 février, en raison de l'éloignement de la malade. Aussitôt la respiration devint plus libre. Le calme s'établit et la toux devint moins quinteuse. La canule ne put être enlevée que le 21e jour.

L'affection cutanée s'éteignit graduellement par un régime tonique et reconstituant. Six semaines après la trachéotomie, il ne restait plus que les empreintes des pustules cicatrisées. Cinq mois plus tard, la voix était normale, et l'enfant avait pris des couleurs et de l'embonpoint.

C'est donc bien un retentissement de l'ecthyma sur la muqueuse pharyngo-laryngée, à la manière dont la variole s'y manifeste souvent. La pustule isolée de l'aryténoïde et l'œdème de la glotte en sont des preuves évidentes. C'est donc bien par des lésions semblables à celles de la peau que cette dermatose se manifeste à la gorge, comme la variole. Il reste à vérifier si elles sont aussi spécifiques dans les autres espèces. (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, décembre 1875.)

LEUCOCYTHOSE. Au lieu de recourir à la numération des globules pour établir rigoureusement la prédominance

des leucocytes chez les solipèdes morveux et farcineux, M. Colin l'a démontrée par un procédé hématométrique beaucoup plus simple, fondé sur un phénomène purement physique : la lenteur de la coagulation du sang de ces animaux et sa séparation en trois couches, par le refroidissement, selon les lois de leur pesanteur réciproque. En voici la description.

Une éprouvette graduée étant plongée dans un mélange réfrigérant à zéro, on y place le sang nouvellement extrait. Quatre heures après environ, on le trouve, quoique liquide, séparé en couches distinctes formées par les divers éléments du sang. La couche supérieure, jaunâtre, est toute fibrineuse; l'inférieure, rouge, contient les hématies; et la couche intermédiaire, blanche, opaque, contient les leucocytes. Il suffit de retirer l'éprouvette avec soin pour que le sang, en reprenant la température ambiante, se coagule aussitôt dans cet état et qu'il soit ainsi facile de mesurer, d'apprécier la hauteur relative des trois couches.

En opérant ainsi comparativement avec du sang d'un cheval sain et du sang de chevaux morveux ou farcineux, la couche intermédiaire, épaisse de 1/50 à 1/80 avec le premier, s'élève du 10 au 12e dans le second. La différence est donc considérable, et la preuve qu'elle tient bien à la maladie, c'est que la même modification s'observe dans la lymphe des divers vaisseaux lymphatiques, surtout de ceux qui émergent des points où se trouve quelque lésion nerveuse. Celle des chevaux morveux contient une bien plus grande quantité de leucocytes, de formes variées et d'espèces multiples. La leucocythose croît ainsi avec l'étendue de la lésion inflammatoire des leucocytes. De là les complications emboliques, infarctus, gangrène, foyers caséeux dans les organes parenchymateux.

Une objection capitale a été faite à ces conclusions par M. Verneuil : c'est de ne pas avoir employé la méthode directe pour être bien sûr du résultat. Il s'agissait d'inoculer la morve à un cheval sain, et d'examiner ensuite son sang, pour être certain que la leucocythose se manifestait avec les progrès du mal et en était la conséquence nécessaire. De nouvelles expériences, contrôlées par la numération des globules, ont donc encore leur raison d'être. (*Acad. de méd.*, janvier).

L'examen journalier du sang d'un grand nombre de malades et la numération des globules par les procédés Malassez

et Hayem, faits par des élèves zélés du service de M. Brouardel, ont permis de constater que la formation du pus dans un foyer coïncide toujours avec une augmentation considérable de leucocytes dans le sang, et sa brusque disparition après l'ouverture de ce foyer.

De même dans les maladies suppuratives. Au cinquième jour d'une variole, par exemple, il y a un leucocyte pour 450 globules rouges; au sixième 1 : 48, au septième 1 : 150, au neuvième 1 : 236, au dixième il n'y en a plus.

Dans un cas de pneumonie suppurée, il y avait un leucocyte pour 40 globules rouges, au neuvième jour que le malade mourut.

Les éruptions d'herpès, la fièvre herpétique, s'accompagnent aussi d'un excès de leucocytes dans le sang.

Dans une fièvre typhoïde, les leucocytes, très-nombreux jusqu'au septième jour, tombèrent de 1 : 70 à 1 : 300 au neuvième jour, pour se relever ensuite quand les abcès survinrent. (*Soc. méd. des hôpit.*, février.)

Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies; thèse inaugurale, par M. Henri Bonne, Paris.

Leucocythose physiologique. Pour s'assurer si elle existe chez l'homme adulte, M. Grancher a examiné le sérum du sang dans les meilleures conditions, et en comptant les globules jusque dans dix et douze champs microscopiques. Il est arrivé à cette conclusion, que si les oscillations normales sont beaucoup plus larges pour les globules blancs que pour les globules rouges, le rapport entre eux n'étant que de un pour 1800, le chiffre des leucocytes ne varie guère cependant aux diverses périodes de la journée, pas plus que sous l'influence du repos chez le même individu. La réponse est donc négative. (*Soc. de biol.*, mai.)

LIGATURES. *Corde à boyau phéniquée* (carbolised catgut). Au point de vue de la sécurité et surtout de la prévention des hémorrhagies secondaires, M. Nankivell, chirurgien de l'hôpital de Chatham, qui l'emploie exclusivement depuis 1870, lui attribue de grands avantages. Sur 64 amputations diverses, dont 22 de cuisse, 10 du sein, etc., sans compter les nombreuses ligatures d'artères faites sur la fémorale et

dans les autres opérations, il n'a jamais eu qu'une seule hémorrhagie consécutive, malgré les érysipèles, les gangrènes et les septicémies, qui n'ont pas manqué de se développer sur les plaies et les moignons. L'hémorrhagie secondaire eut lieu après une amputation du pied pour une ulcération incurable, suite d'une morsure de serpent.

Outre l'avantage de permettre la réunion immédiate des parties profondes des plaies, la ligature avec le catgut phéniqué a donc celui de prévenir les hémorrhagies secondaires. (*Lancet*, n° 8, février.)

Pour juger ce que devient la corde à boyau dans les tissus, le professeur Fleming, de Glasgow, en a enfoncé des parcelles dans les tissus, avec une aiguille à anévrysme. Or, de 20 expériences de ce genre faites sur des chiens et des lapins, tués ensuite par hémorrhagie, et en examinant les tissus au microscope, il a constaté qu'un ramollissement graduel s'en empare au lieu où le catgut a été placé, celui-ci se désorganise et s'infiltre de cellules sinon de leucocytes. Ce processus s'accomplit du cinquième au vingtième jour, suivant l'espèce de corde à boyau employée et les tissus où elle a été déposée, ainsi que l'âge et la vitalité de l'animal. Cette masse pultacée se métamorphose ensuite et est bientôt traversée de vaisseaux sanguins. (*Idem*, n° 22, mai.)

D'où cet enseignement que, en étant ainsi absorbée, elle peut être utilement employée comme ligature perdue agissant assez longtemps pour amener l'occlusion, sans danger de nuire comme corps vasculaire, étranger ensuite.

Ligature du cordon ombilical. Pour décider autrement que par *à priori* ou des raisonnements spécieux, comme on l'a fait jusqu'ici le plus souvent, la question de savoir à quel moment il convient de pratiquer cette ligature, M. Budin a fait les recherches suivantes sur 62 accouchées des hôpitaux, du 4 juillet au 22 novembre 1875. Au lieu de lier immédiatement le cordon après l'expulsion de l'enfant, comme on le fait généralement et comme il l'a fait par comparaison chez 30 de ses accouchées, il a laissé respirer, crier, s'agiter l'enfant chez les 32 autres, en observant les modifications s'opérant dans le cordon, et ne l'a lié que de une à trois minutes après que tout battement avait cessé ; la durée de ces battements ayant été en moyenne de deux minutes

et quart. Or, en recueillant dans un verre gradué et en comparant le sang qui s'écoulait par le bout placentaire, laissé libre dans les deux séries, il est arrivé qu'au lieu de 984 millimètres cubes de sang obtenu en moyenne par la section immédiate, il ne s'en écoule que 114 par la ligature tardive. C'est donc une perte de 862 de sang pour l'enfant qu'il aurait aspiré du placenta, soit environ le tiers de la quantité totale contenue dans ses vaisseaux, si l'on en juge par la moyenne de son poids qui est de 3, 500 grammes.

Pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical immédiatement après la naissance, c'est donc empêcher l'enfant, dit M. Budin, de puiser dans le placenta une quantité de sang telle que, chez un adulte, elle équivaudrait à une saignée de plus de 1,700 gr. Ces chiffres justifieront notre conclusion :

On ne doit pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que une ou deux minutes environ après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige. (*Progrès méd.*, nos 51,52 et suiv. 1875.)

Ces déductions toutes mathématiques n'en sont pas plus justes au point de vue clinique et médical. Quand, après un travail laborieux, l'arrêt prolongé de la tête au passage, un enfant vigoureux est expulsé la face congestionnée, cyanosée, qu'à demi étouffé il ne jette pas un cri, et que ses mouvements sont lents, le plus pressé est de couper le cordon et de laisser échapper une certaine quantité de sang par le bout fœtal, suivant la recommandation de Cazeaux et d'autres accoucheurs. C'est toujours une saignée salutaire. La disparition immédiate des signes d'asphyxie de l'enfant, ses cris, ses mouvements l'indiquent. Tarder, en pareil cas, quatre à cinq minutes à diviser le cordon et le lier ne pourrait qu'être préjudiciable et souvent fatal au nouveau-né.

M. Budin conteste précisément ce fait. On confond, d'après lui, trop facilement l'asphyxie et la congestion. Et, lors même que celle-ci existerait réellement, qu'on laisse l'enfant, attaché au cordon ombilical, crier et respirer largement, dit-il, et l'on verra la cyanose disparaître rapidement, comme nous l'avons vu bien des fois; les poumons, en se dilatant, offrent au sang un diverticulum dans lequel il se précipite immédiatement; mis en contact avec l'air dans les vésicules pulmonaires, ce sang s'empare de l'oxygène; l'as-

phyxie et la coloration violacée des téguments peuvent alors s'effacer. Il prétend même que dans l'état de mort apparente, alors que l'enfant ne peut respirer, mieux vaut pratiquer l'insufflation trachéale que la section du cordon. Et comme elle n'est pas facile quand l'enfant est attaché à sa mère, *il faut attendre que la respiration s'établisse.* Ce serait souvent, sans doute, la mort de l'enfant.

C'est le contraire, s'il naît faible, petit, pâle et d'une vitalité douteuse. Il n'y a qu'avantage alors à différer la ligature du cordon pour restituer à l'enfant tout le sang contenu dans le placenta. Les recherches intéressantes de M. Budin justifient cette pratique et en démontrent hautement l'utilité. Lui-même a suivi cette prescription clinique en liant immédiatement le cordon chez les enfants les plus volumineux et dont le poids était, en moyenne, de 3,344 grammes, tandis que ceux pour lesquels il l'a différée ne pesaient que 3,209. Là est le critérium.

Fils de caoutchouc. Les fils de lin, de coton ou de soie coupant parfois le cordon lorsqu'on les serre, il est important de pouvoir les remplacer par un fil élastique comme le caoutchouc. Le docteur Bayles (de New-York) emploie ainsi, de la manière suivante, de petits anneaux de caoutchouc pouvant serrer l'annulaire. Il double le cordon à quelques centimètres de la paroi abdominale et glisse sur l'anse ainsi formée l'un de ces anneaux, simple ou doublé, il coupe ensuite l'extrémité placentaire. Le cordon se flétrit rapidement. (*New-York med. report.*)

M. Tarnier a recours également à cette ligature élastique, mais plutôt avec un simple fil de caoutchouc dont il fait plusieurs tours près de l'ombilic. Pour faciliter cette ligature du fil élastique sur le cordon glissant et volumineux, il place une allumette ou deux parallèlement à la longueur du cordon. Après plusieurs tours sur cette tige rigide et la ligature opérée, il brise l'allumette et en dégage les deux fragments.

Cette ligature lui a paru mieux tasser les éléments du cordon, en accoler les parois vasculaires et garantir mieux que les autres des hémorrhagies.

Ligature préventive de la carotide externe. Elle serait

beaucoup plus grave que ne la font les statisticiens, d'après M. Pingaud, car, sur les 34 cas qu'elle a été pratiquée en France, avec des résultats différents, il n'y en aurait que 10 de parfaitement authentiques, et ce sont précisément eux seuls qui ont fourni les accidents et les morts. Dans 5, il y eut des hémorrhagies consécutives.

Ces faits sont rappelés à l'occasion d'une ligature de ce genre, faite pour l'ablation d'un ostéo-sarcôme du maxillaire inférieur, chez un soldat de vingt-cinq ans qui en était à sa troisième récidive. La mort, survenue le second jour, montra que des hémorrhagies consécutives eussent fatalement eu lieu par le voisinage des collatérales de la ligature et l'absence des caillots protecteurs. Cette ligature préventive, toute indispensable qu'elle soit dans certains cas, est donc des plus redoutables et doit être considérée jusqu'ici comme à peu près infailliblement mortelle. (*Gaz. hebdom.*, n° 45.)

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. Les recherches à cet égard se poursuivent avec une grande activité. La question est vraiment à l'ordre du jour et se trouve maintenant portée devant le premier corps médical : l'Académie de médecine, par deux lectures successives de MM. Proust et Foville. A la défiance des premiers moments, qui s'est traduite en France par des recherches expérimentales de MM. Dupuy, Carville et Duret (V. *année* 1874), a succédé un véritable enthousiasme de la jeune école, comme le montrent les nouvelles communications. (V. CERVEAU, PARALYSIE GÉNÉRALE, TRÉPANATION.)

LUXATIONS. *Action musculaire.* Elle est absolument niée par M. Rigaud dans les luxations traumatiques. Les muscles n'interviennent alors jamais directement, comme on l'admettait sans preuve. Toutes les luxations résultent toujours d'une action purement mécanique dont les os sont les seuls agents actifs. Celle de l'épaule, du coude, du poignet, du radius, du pied, de la mâchoire inférieure n'ont pas lieu autrement. Les os luxés ont constamment subi l'action de puissances extérieures indirectes.

Quant aux cas rares où les luxations se produisent par des mouvements spontanés et violents, et dans lesquels il

est bien impossible de nier l'action musculaire, M. Rigaud assimile le muscle à la puissance extérieure, car, dit-il, c'est toujours en lançant *à grande volée* le membre luxé que l'effet s'est produit, comme s'il avait été poussé violemment par une force étrangère. Les muscles resteraient inertes dans cet élancement, l'os seul basculerait, déchirerait les segments articulaires et les capsules en passant à travers. Jamais une action musculaire ne serait assez puissante, énergique, pour produire le déplacement d'une tête ou d'une surface articulaire. Elle n'agit que consécutivement à la luxation pour la modifier et changer les rapports primitifs des os. Mais il nie leur action pour la réduction; la contracture et même la contraction étant considérées par lui comme un effet morbide, pathologique, et non comme une force, une puissance normale, physiologique. (*Acad. de méd.*, février.)

Ces idées ne paraissent pas devoir être facilement admises, car elles reposent sur des mots plutôt que sur des choses. La distinction entre le lancement du membre à toute volée, comme par son propre poids, sans aucun rôle actif de l'action musculaire, est très-abstraite et ne peut guère être démontrée. De même, celle de la contraction pathologique et la contraction normale. C'est donc une question à examiner.

De l'action musculaire dans les luxations; thèse d'agrégation, par M. Terrillon; Paris, 1875. L'auteur a résolu la question à peu près dans le même sens que M. Rigaud. Elle est nulle dans l'action directe et seulement secondaire autrement, où elle achève la luxation. Elle ne peut agir activement que par une configuration vicieuse de l'article ou par récidive.

Luxation scapulo-humérale. La grande difficulté de la réduction, suivant Kuhn, tient à ce que l'omoplate suit les tractions exercées sur l'humérus et qu'une grande partie des forces employées pour l'allongement, le relâchement des muscles, est ainsi perdue. Il a tenté une méthode inverse en appliquant la force à l'omoplate, tandis que l'humérus, facile à fixer, devient le point immobile. Plus de force perdue ainsi et l'on n'a plus à vaincre la résistance du grand pectoral et du grand dorsal; celle des muscles scapulo-huméraux étant bien moindre.

Voici le procédé opératoire employé et qui a réussi dans deux cas. Un coussin en forme de cône étant fixé dans l'aisselle, la base dirigée en bas, le bras est tiré légèrement en bas et appuyé ferme contre ce coussin, de manière à en faire un levier du premier genre. Saisissant alors avec l'autre main l'angle inférieur de l'omoplate, le chirurgien le soulève et imprime un mouvement de bascule à l'os. La coaptation se fait ensuite par un effort porté simultanément sur l'extrémité cubitale de l'humérus et sur l'angle inférieur de l'omoplate. (*Gaz. méd. de Paris,* novembre 1875.)

Luxation du coude en arrière. *Procédé de douceur.* Comme pour la luxation de la tête du fémur, le docteur Bertin a employé avec succès la flexion lente et forcée du bras sur l'avant-bras dans une luxation du coude datant de 27 jours. C'était chez une forte fille de vingt ans. Le bras était fléchi à angle droit avec impossibilité de l'étendre et de le fléchir davantage. Le coude était gros, son diamètre antéro-postérieur augmenté et l'avant-bras raccourci.

Le bras fut embrassé par le plein d'une serviette placée le plus près possible du coude et les deux extrémités furent liées à une clef fixée dans la serrure. Des tractions énergiques produisirent des craquements dus à la rupture des adhérences, mais la malade résistait et se jetait vigoureusement en arrière, lorsque, se plaçant près d'elle, M. Bertin poussa fortement l'épaule en avant pendant qu'il suivait de l'autre main les mouvements de l'articulation. Cette projection de l'épaule en avant, le coude étant fixé, amenait forcément une flexion du bras sur l'avant-bras, pendant laquelle la réduction se fit très-facilement. Des mouvements gradués de l'articulation amenèrent une guérison complète en trois mois.

Ce même procédé a réussi depuis, dans plusieurs cas, sans avoir besoin d'aides. Debout ou assis, le blessé a le dos contre une porte dont la clef sert à fixer le bras extenseur. En tirant l'avant-bras d'une main et en amenant l'épaule en avant de l'autre, qu'exagère ainsi la flexion, la réduction est des plus faciles. Une luxation datant de trois jours, chez une très-forte fille de douze à treize ans, a été réduite ainsi en quelques minutes. Le relâchement du brachial antérieur, résultant de ce procédé, est probablement la cause de cette

facilité de réduction, car la flexion forcée, qui réussit si bien dans les luxations des membres en général, n'a pas d'autre effet que ce relâchement. (*Union méd.*, n° 44.)

Le docteur Bompard a confirmé la valeur de ce procédé chez une femme de quarante ans, dont la luxation remontait à cinq semaines. L'avant-bras était fléchi à angle très-obtus, immobile dans cette position et en supination. La partie inférieure de l'humérus proéminait à presque trois travers de doigt au-dessus du pli du coude avec mouvements de latéralité.

La blessée étant assise sur une chaise basse, des mouvements furent imprimés au membre en différents sens pour rompre les adhérences. Puis, saisissant le poignet à pleines mains, l'avant-bras fut fléchi sur le bras, lentement et avec force, en même temps qu'un des aides amenait l'épaule en bas et en avant et que l'autre repoussait l'olécrâne. En deux minutes, un craquement violent se fit entendre, causé par la rupture d'adhérences résistantes, et la réduction était opérée. (*Idem*, n° 56.)

C'est aussi par un procédé analogue de flexion que le docteur de Paoli, chirurgien adjoint à l'hôpital majeur de Turin, a obtenu la réduction de deux luxations récentes, chez un ouvrier de 22 ans et un garçon de 13 ans, alors que l'extension seule était restée infructueuse. Dans ces deux cas, l'artère humérale, à cheval sur l'apophyse de l'humérus, battait distinctement sous la peau, alors que le pouls radial et cubital manquait ; d'où le danger de léser ce vaisseau ainsi que le nerf médian par l'extension forcée de Cooper. De là la rupture et la production d'anévrysmes consécutifs. Il a de plus l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi de la chloroformisation, toujours dangereuse en pareil cas. (*Gazz. delle cliniche*, n° 20.)

Luxation du pouce en arrière. Un exemple observé dans le service de M. Dolbeau, ayant nécessité un large débridement pour la réduction, a conduit M. Marcano à produire expérimentalement cette luxation sur le cadavre pour mieux en découvrir le mécanisme et les obstacles. La déchirure presque constante du ligament antérieur paraît en être le point capital, surtout si elle a lieu au niveau des os sésamoïdes, car alors le fragment inférieur remonte avec la

phalange et se couche entre les surfaces articulaires où il reste interposé. L'osselet est plus ou moins retourné. C'est là le principal obstacle à la réduction. (*Bull. de thérap.*, septembre 1875.)

C'est aussi la conclusion d'un travail complet de M. Farabeuf sur ce sujet. Il s'est assuré et a démontré, par de nombreuses expériences cadavériques, qu'en outre de l'interposition du ligament glénoïdien, comme cause de l'irréductibilité de cette luxation, le renversement de l'os sésamoïde externe y jouait un rôle capital en venant arcbouter contre la face dorsale du métacarpien. En formant entre eux un angle droit, il s'ensuit un mécanisme analogue à un battant de table qui s'abaisse, mais qui ne peut se relever au-dessus du niveau de la table.

Son procédé de réduction consiste à ne jamais rabattre le doigt sur le métacarpien, mais à redresser le pouce au contraire s'il était rabattu. Saisissant la première phalange avec une pince et la tenant perpendiculairement au métacarpien, il lui imprime un mouvement de totalité d'arrière en avant pour chasser l'os sésamoïde. C'est la phalange elle-même qui chasse l'os. Si la luxation date de quelques jours, on imprime des mouvements de latéralité pour achever la rupture des ligaments latéraux ; on doit même en faire la section sous-cutanée s'ils résistent et la réduction s'opère ensuite. (*Soc. de chirurg.*, décembre 1875, et *Bull.* nº 1, avec 29 planches démonstratives). Aucun succès *sur* le vivant n'a encore justifié ce procédé qui se rapproche de celui de Hamilton.

Luxation de la symphyse pubienne. Un ouvrier puddleur des laminoirs de Chatelit, âgé de trente-cinq ans, consulta le 17 janvier M. Gallez. Le 12 du même mois, son pied avait glissé au moment où il jetait dans un four une masse de fer de 80 kilogrammes ; il avait ressenti une vive douleur et une sensation de craquement. Malgré la fatigue extrême que lui causait la marche, il continua son travail jusqu'au 17.

M. Gallez constata alors, par la palpation, que le pubis gauche était déplacé en bas, en avant et en dehors, formant tumeur sous les téguments. L'épine gauche est d'un travers de doigt plus basse que la droite. La surface articulaire regarde en avant et en dehors ; son bord postérieur

est venu affleurer le bord antérieur de la branche descendante droite.

On sentait par la flexion et l'adduction de la cuisse la mobilité du pubis ; aucun trouble du côté de la vessie.

Le blessé continua son travail, malgré les conseils, sans s'être reposé et ne voulut porter qu'une ceinture insuffisante à rapprocher les os disjoints. (*Acad. de méd. de Belgique*, 11 mars.)

Luxation de l'astragale. *Extirpation immédiate.* Cette opération a été pratiquée pour la première fois en Portugal, avec un succès remarquable, par le docteur da Silva à la Maison de santé de Lisbonne, le 21 février dernier. C'était chez un jeune homme de vingt-deux ans qui, en tombant de cheval, eut le pied droit pris et embarrassé sous son cheval. Il y avait fracture comminutive de la malléole externe, hémorrhagie de la tibiale postérieure avec luxation de l'astragale en dedans. Avant de chloroformiser le blessé pour tenter la réduction, on lui demanda s'il consentait, en cas de besoin, à l'amputation du pied. La réduction étant impossible, la tête de l'astragale étant complétement séparée du scaphoïde et dirigée en dedans, ce qui impliquait une dilacération du ligament calcanéo-astragalien, l'extraction immédiate de l'os fut exécutée en coupant les ligaments. Quelques esquilles du péroné furent aussi extraites par l'ouverture.

Sauf quelques abcès, la cicatrisation eut lieu sans complications et, quatre mois après, l'opéré pouvait se servir de son pied avec un léger raccourcissement du membre. (*Correio med. de Lisboa*, n° 4.)

Ce nouveau succès mérite donc d'être ajouté à la statistique de M. Léon Dubourg, publiée en 1874 à propos d'une luxation sous-astragalienne traitée par M. Verneuil.

Luxation phalango-phalangettienne du gros orteil. Un signe non indiqué de cette luxation, dans les trois cas observés sans plaie, est un *pli cutané* très-profond, dirigé obliquement en dedans et en arrière, découvert par M. Gillette à l'hôpital Necker. Outre l'ecchymose et la déformation, il y a donc à rechercher ce pli qui peut être un signe pathognomonique. (*Soc. de chir.* et *Union méd.*, n° 154, 1875.)

Luxation du métatarsien sur le cuboïde. Ce déplacement très-rare a été observé par le docteur Surmay, de Ham, le 23 mai dernier, sur un cultivateur qui, en voulant retenir ses chevaux effrayés avec le cordeau qui les guide, eut son pied droit pris sous la roue. Il put néanmoins continuer à marcher pendant 200 mètres environ.

Quelques heures après l'accident, il y avait un gonflement notable du cou-de-pied, principalement sur la région externe, avec une légère teinte bleuâtre; excoriation superficielle de la peau recouvrant le tendon d'Achille et la région malléolaire en dehors.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et ceux des orteils sont libres, mais le doigt rencontre un creux profond dans la région métatarsienne gonflée en la palpant. Il est produit par un épanchement sanguin et la saillie du quatrième métatarsien à son extrémité postérieure, où est le siége principal de la douleur. On perçoit une facette articulaire déplacée à laquelle se communiquent les mouvements de totalité imprimés au quatrième métatarsien.

La réduction s'obtint facilement en posant le pied à plat sur le genou de l'opérateur, alors que le bas de la jambe était solidement fixé par un aide. Le quatrième orteil enveloppé d'un linge fut saisi et tiré en bas par un autre aide, de manière à faire basculer l'extrémité postérieure du métatarsien déplacé. Il suffit d'appuyer fortement dessus avec les deux pouces pour qu'un craquement indiquât la réduction. Toute saillie disparut.

Des compresses d'eau froide et résolutive, maintenues avec une bande, et le repos suffirent à la guérison. (*Soc. de chir.*, juillet.)

M

MALADIES. Maladies nerveuses. *Éthérisation.* Elle peut servir au diagnostic de certaines affections et par suite à en indiquer le traitement, d'après M. Boucaud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Un malade, atteint de contracture des muscles, encore très-nourris et puissants, par suite d'une sclérose des cordons latéraux, ayant été soumis à l'éthérisation, fut pris d'épilepsie spinale pendant la période d'excitation; elle

cessa pendant le coma pour reparaître pendant le réveil. Mais elle éclata de même chez un menuisier de vingt-deux ans, atteint d'un tremblement semi-paralytique dans les mouvements volontaires, sans cause appréciable. Il était triste et dyspeptique, pâle, maigre, avec un léger souffle dans les vaisseaux du cou. L'écriture indique surtout un trouble musculaire. Les membres inférieurs sont moins tremblants, sinon après la fatigue. Le tremblement s'empare, au contraire, de la main, dès qu'elle s'étend ou serre un objet quelconque. Aucune contracture spontanée ou provoquée. Le diagnostic pouvait ainsi être embarrassant. L'ébriété de l'éther, en exagérant le pouvoir réflexe de la moelle, détermina non-seulement l'épilepsie spinale, mais des efforts, des mouvements si violents, que les muscles ne tremblaient plus du tout.

Il suit de là que l'épilepsie spinale n'est pas toujours un signe de lésion médullaire grave. L'exagération du pouvoir excito-moteur, en provoquant la force nécessaire pour produire des contractions normales, comme dans ce dernier cas, indique que le tremblement qui cesse sous son influence est simplement lié à une débilitation générale de l'économie. L'indication du traitement s'en suit de même. Après l'emploi inutile de la noix vomique et du nitrate d'argent, on donna les ferrugineux, les bains sulfureux, la gymnastique et une hygiène réconfortante qui amenèrent le retour des forces et la cessation du tremblement.

L'anesthésie peut encore servir, comme l'a indiqué M. Charcot, à distinguer la paralysie vraie de la paralysie apparente d'un muscle, en faisant cesser ou non la contracture. Si celle-ci cède pendant l'éthérisation, la paralysie est simplement fonctionnelle et l'on peut être rassuré sur ses suites. Il ne s'agit que de rétablir manuellement les mouvements musculaires, de les soumettre peu à peu à la volonté, pour les voir reprendre leurs fonctions. C'est ainsi qu'une femme, malade depuis deux ans et impotente des deux membres inférieurs depuis quatre mois, avec amyotrophie et contracture des muscles, recouvra l'usage de la marche par l'extension forte et prolongée du pied.

Dans le cas, au contraire, où la contracture ne cède pas pendant l'anesthésie, c'est une preuve que la paralysie est organique et dépend d'une myélite ou d'une sclérose. Le

pronostic est ainsi bien plus grave et il serait sans espoir de tenter le traitement précédent. (*Lyon méd.*, n° 30.)

Maladie bronzée d'Addison. *Pathogénie.* Si l'observation répétée de cette singulière affection a confirmé que la coloration bronzée de la peau était bien une manifestation de la lésion des capsules surrénales, comme son auteur l'avait dit, elle est loin de l'avoir localisée là. Le plus souvent, cette lésion n'est que l'expression de la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse. Sur 140 cas environ, où l'examen nécroscopique a porté sur tous les organes, et recueillis par MM. Ball et Jaccoud dans les *Dictionnaires*, il y avait des marques de ces diathèses dans la très-grande majorité. Et, quand *ils* en étaient exempts, on trouva une lésion voisine du rachis pour en rendre compte. 9 fois, il était atteint d'une carie primitive (mal de Pott) ou traumatique, dont 8 fois dans la région lombaire, avec abcès au voisinage d'une des capsules dans 6 cas, et 7 fois, il n'existait aucune lésion concomitante d'un autre viscère. Chez un journalier de trente-huit ans, observé à l'hôpital Lariboisière, par M. Raynaud, un abcès, trouvé à l'autopsie, au siége d'une ancienne fracture du rachis, confirma cette étiologie directe. (*Progrès méd.*, n° 1.)

Fondé sur ces faits et considérant la fréquence de la maladie bronzée chez les manœuvres et son apparition à la suite d'une chute ou d'un effort violent, Headlam Greenhow en conclut que la lésion des capsules est souvent liée à la fréquence de traumatismes chez les individus en puissance de diathèses qui en favorisent le développement. La fréquence des altérations des vertèbres lombaires, des abcès osseux dans le voisinage des capsules, comme dans le cas précédent, et parfois même des adhérences plus ou moins intimes, sont des témoignages à l'appui de cette théorie. Les inflammations de voisinage pouvant se propager à ces glandes sont donc à redouter et doivent être combattues vigoureusement. (*British. med. journal*, 1875.)

Maladie de Bright. *Complication de l'urémie.* (V. ce mot.)

Maladies chirurgicales du pénis, par J.-N. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, etc. Ouvrage publié par les docteurs G. Wœlker et J. Cyr, avec figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris.

Traité des maladies du rectum et de l'anus, par le docteur Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Un vol. in-8° de 750 pages, avec 20 figures intercalées dans le texte. Paris.

MÉDECINE LÉGALE. *Docimasie pulmonaire.* Quand la putréfaction du poumon semble rendre toute recherche infructueuse, M. Laennec conseille de triturer une parcelle de ce poumon pour en chasser les gaz. En la jetant dans l'eau, elle ira fatalement au fond du vase si le poumon n'a pas respiré ; elle surnagera, au contraire, malgré une trituration longue et énergique, s'il a respiré. (*Association française.*)

Déglutition sans respiration. Un nouveau-né plongé dans un liquide quelconque, une fosse d'aisance, par exemple, avant d'avoir respiré, peut, suivant M. Houzé de l'Aulnoit, déglutir, avaler ce liquide que l'on doit retrouver dans l'estomac. A défaut de la docimasie pulmonaire et du signe auriculaire (v. OREILLE), on peut vérifier ce signe. Mais comment avaler sans respirer? (*Idem.*)

La présence d'infarctus uratiques dans les reins d'un nouveau-né n'est pas davantage une preuve qu'il a respiré au moins deux jours, comme Virchow le prétendait. M. Budin, en faisant l'autopsie d'un enfant mort pendant une application de forceps, au début des tractions, trouva des infarctus uratiques très-apparents dans les deux reins. Il y avait, dans la moitié des pyramides, de petites aigrettes formant des triangles dont le sommet correspondait à l'extrémité de la pyramide et la partie la plus large à sa base. Par la pression entre les doigts, un liquide trouble jaillissait et contenait la matière pulvérulente jaune caractéristique de ces infarctus. C'est la première observation authentique de ces infarctus, chez un mort-né. (*Bull. de la Société anat. de Paris*, et *Progrès méd.*, n° 6.)

Analyse des balles. A défaut de pouvoir confronter le volume et la forme de celles trouvées sur le cadavre, en raison de leur déformation, leurs brisures, avec celles trouvées chez les prévenus ou dans leurs armes, il reste à confronter leur composition. C'est ce qu'a fait utilement M. Z. Roussin, par l'analyse chimique, dans un assassinat sur un curé. Au

lieu d'être formés uniquement de plomb, tous les six morceaux de la balle meurtrière contenaient identiquement 58,8 d'étain et 41,2 de plomb, comme la soudure des plombiers et des ferblantiers. La composition identique des balles saisies chez le prévenu suffit à prouver sa culpabilité. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1875.) V. EMPOISONNEMENTS, GROSSESSE, OREILLE, UTÉRUS, VISION.

MENSTRUATION. *Follicules de Graaf.* Leurs rapports ne sont pas tels qu'on le croyait, car la présence de ceux-ci n'est pas subordonnée à l'existence de celle-là. Grohe et Slawjanski avaient déjà montré que ces follicules sont indépendants de la menstruation, et M. Haussmann l'a confirmé par 108 autopsies d'enfants du sexe féminin, faites à la clinique d'accouchements de Berlin. S'il ne les a jamais rencontrés chez 24 avortons, il en a constaté 12 fois la présence chez 46 mort-nés à terme, tantôt dans deux ovaires, tantôt dans un seul. Sur 38 filles, âgées de quelques heures à trois mois, leur développement était assez avancé chez 9 dans les deux ovaires, et chez 4 dans un seul. Leur nombre varie seulement de un à trois ainsi que leur volume. Le développement exagéré des follicules dans les deux ovaires, observé 8 fois chez 84 filles nées à terme et âgées de moins de douze semaines, déterminait une compression considérable de l'ovaire et une destruction des follicules primordiaux, ce qui peut être, à l'époque de la puberté, une cause encore inconnue d'aménorrhée et de stérilité. (*Centralblat med. Wissenchr*, 1875.)

MÉTRITE. *Ignipuncture.* Dans la métrite chronique parenchymateuse, le professeur Courty ne craint pas d'enfoncer profondément dans le col de petits cautères sphériques terminés par une pointe de quelques centimètres. L'ignipuncture agit ici, comme dans l'ostéite, en faisant repasser la maladie à l'état sub-aigu. Il importe qu'après l'opération, les malades ne se livrent à aucune espèce de fatigue et continuent le traitement interne consistant en bains, cataplasmes, toniques, usage du lait et d'une eau minérale résolutive, etc. Il a obtenu ainsi un grand nombre de guérisons. (*Ass. française.*)

Cautérisation nitrique. Au lieu du nitrate d'argent, Braith-

waite emploie l'acide nitrique pur contré les érosions et les ulcérations du col résultant de l'inflammation chronique. L'application en est peu ou point douloureuse, et l'on peut en attendre l'action avec confiance, sans nécessité de renouveler l'examen avant un mois. La plaie en résultant a une grande tendance à la cicatrisation par rétraction des tissus, beaucoup plus considérable qu'avec tout autre caustique, et formation d'une muqueuse. De là, la permanence de la guérison (*Obst. journ.*)

MOELLE. *Dégénérations secondaires.* On trouve, suivant les recherches de M. Pitres, une altération secondaire myélitique, toutes les fois que des lésions corticales du cerveau existent dans la zone motrice comprise dans la capsule interne, c'est-à-dire les circonvolutions pariétales, ascendante et descendante, ou dans le lobule dit paracentral qui les avoisine. Cette relation se traduit sur la moelle par une lésion grossière, appréciable même à l'œil nu, et consistant en une bande grise de sclérose qui peut se prolonger jusque dans les régions les plus inférieures. Rien de semblable ne se rencontre quelle que soit l'étendue d'une lésion cérébrale siégeant en dehors de cette zone motrice, tandis que, même limitée dans cette région restreinte, elle entraîne nécessairement cette dégénération secondaire. Il y a donc là, dit M. Charcot, l'indice de connexions anatomiques toutes spéciales, formant une localisation parfaitement délimitée. (*Soc. de biologie.*)

C'est encore là une nouvelle loi des localisations cérébrales et qui en constituera la démonstration matérielle si elle se confirme par de nombreux faits. La lésion médullaire étant perceptible à l'œil nu, il sera facile de s'assurer, quand elle se présente, si elle correspond toujours avec une lésion corticale de la zone motrice, aujourd'hui si bien délimitée.

MORPHINISME. L'abus des injections hypodermiques de morphine est tel, en Allemagne, surtout dans les classes élevées, selon le docteur E. Levinstein, qu'elle constitue une véritable passion qu'il appelle *morphiomanie.* A la moindre douleur, au plus petit chagrin, souci ou ennui domestique, ces névropathes se donnent une injection, comme l'ivrogne

boit un coup pour se donner de l'aplomb, du calme, du bien-être. Triste, faible et mal à son aise, dès que le poison est éliminé, il en reprend une nouvelle dose et en contracte ainsi l'habitude, de même que l'ivrogne pour l'alcool.

Les effets qu'il en a observés, à l'asile de Schoeneberg, sont précisément les symptômes pour lesquels on prescrit la morphine : hyperesthésie, névralgie, insomnie, perte d'appétit, comme le montre l'observation de deux hommes et une femme. Le premier en faisait usage depuis dix ans et était arrivé à s'injecter, depuis cinq ans, un gramme d'acétate de morphine par jour. Il transpirait beaucoup, était stupide et sans force.

Le second, de 32 ans, en prenait un gramme depuis plus de trois. Il avait perdu l'appétit, le sommeil, et toute virilité. Vomissements chaque matin.

La femme du premier, âgée de 33 ans, habituée aux injections morphinées pour des coliques hépatiques, était arrivée à en prendre jusqu'à 80 centigrammes par jour, pendant la guerre, pour calmer son chagrin et avait continué depuis. Menstruation nulle depuis quatre ans, face plombée, pupilles contractées, inappétence, dégoût. Elle conservait la mémoire et le jugement, ainsi que son mari.

La suppression immédiate, chez les deux hommes, amena une irritabilité extrême, avec dépression et faiblesse consécutives, diarrhée rebelle, congestion céphalique et vomissements. Trois grammes de chloral furent insuffisants à amener le sommeil les premiers jours. Il ne revint que lentement, ainsi que l'appétit; après un mois de traitement, le poids du corps avait notablement augmenté.

La diminution graduelle, chez la femme, amena les mêmes accidents. Elle pleurait et se lamentait comme un enfant. Dix jours après la suppression totale, les règles reparurent et suivirent un cours normal. Elle était heureuse et satisfaite, après un mois de traitement, et avait gagné 200 grammes en poids.

Il y a récidive chez les trois quarts des malades. Le marasme et la mort s'en sont suivis dans 2 cas et le suicide dans 2 autres. 5 malades étaient ivrognes.

Mieux vaut la suppression immédiate pour diminuer la durée des accidents. Leur absence est une preuve que les malades continuent à prendre de la morphine en cachette.

Il faut surtout nourrir, tonifier les malades. Des affusions froides, des grands bains, sont les moyens les plus efficaces pour la guérison. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, et *Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

Un cas remarquable en est aussi relaté par le docteur Schweig, sur un homme de 47 ans, qui, souffrant d'hémorrhoïdes avec fissure anale et rétrécissements de l'urèthre avec cystite, s'était graduellement habitué à se faire de copieuses injections quotidiennes de morphine. L'effet en fut d'abord de violentes palpitations, avec impossibilité de faire une marche prolongée. Il y eut ensuite pâleur, faiblesse extrême, physionomie inquiète et découragée, atrophie musculaire, peau ridée. A l'examen, sensibilité nerveuse excessive, avec excitation et insomnie, agitation continuelle des membres surtout inférieurs. Constipation opiniâtre, trouble profond de l'appétit et des digestions. Pouls à 90, plein et fort, s'élevant jusqu'à 110; incapacité de travail; déchéance physique et intellectuelle.

Cet état si grave s'améliora en trois mois en diminuant graduellement l'usage de l'opium, sans qu'il fût possible de le remplacer par aucun autre calmant. Les bromures de sodium et de calcium à des doses énormes, s'élevant jusqu'à 58 grammes en vingt-quatre heures au début, purent seuls en tenir lieu pour calmer l'agitation nerveuse. L'usage simultané des toniques et de l'électricité compléta ce traitement et le malade, traité ensuite de son rétrécissement par la dilatation et l'excision de ses hémorrhoïdes par le galvano-cautère, guérit parfaitement. (*New-York med. journal*, avril.)

Plusieurs autres faits, relatés dans les recueils allemands, pourraient être cités, où la dose journalière s'élevait jusqu'à 24 décigrammes. Chez tous ces malades, un amaigrissement considérable avec de nombreux abcès et des cicatrices au niveau des piqûres étaient les stigmates de cette intoxication. Il a suffi de diminuer peu à peu la dose de morphine, conjointement avec un régime tonique et stimulant, pour voir la guérison arriver dans tous ces cas.

Meyer a essayé de remplacer la morphine, à cet effet, chez les incurables de Berlin qui en font un grand usage, par le lactate de soude comme agent d'épuisement et de fatigue, mais sans résultat satisfaisant. Les hautes doses auxquelles

on est obligé de l'administrer ainsi dérangent le plus souvent l'intestin. (*Archiv für pathol. anat. und phys.*)

Réactifs. Husemann recommande, comme plus sensible que tout autre, un nouveau réactif de la morphine, basé sur sa décomposition par l'acide sulfurique concentré et la réaction des produits de sa décomposition par des agents oxydants. En examinant l'urine d'un homme qui avait pris chaque jour, pendant cinq années consécutives, une solution de morphine, ou reçu des injections hypodermiques morphinées, Vogt n'a pu en constater des traces, mais il l'a retrouvée dans les fèces, suivant les proportions ci-dessous : un demi-milligramme par le réactif de Frohde, un milligramme avec l'acide iodique et trois milligrammes avec celui de Husemann qui est ainsi préférable aux autres. (*Fresenius Zeitzchr.*, pages 103 et 114.)

MYOMES. Myôme de la vessie. *Extirpation par la taille.* Au fait si extraordinaire de myôme de l'intestin, expulsé spontanément (V. *année* 1875), s'ajoute celui-ci encore plus étonnant et inexplicable. Il s'agit d'un garçon de douze ans qui présentait tous les symptômes rationnels de la pierre. Elle était diagnostiquée, mais Billroth, après des explorations répétées, ne put la sentir par le palper, le toucher rectal et le cathétérisme combinés ; une tumeur était située sur la paroi postérieure de la vessie et indépendante du rectum.

Il n'hésita pas à pratiquer la taille latérale pour l'enlever; mais, après s'être convaincu de l'exactitude de son diagnostic, il reconnut l'impossibilité d'extirper la tumeur par cette voie. Il fit alors la taille hypogastrique, incisa les muscles droits transversalement, et arracha par cette voie, avec le doigt, la plus grande partie de la tumeur, n'ayant pu saisir son pédicule avec l'écraseur. Il excisa ensuite le pédicule et lia les vaisseaux. Le péritoine ne fut pas intéressé. Un tube à drainage fut placé très-haut dans la vessie par la plaie du périnée, et la guérison eut ainsi lieu, sans accidents, en moins d'un mois.

L'examen histologique prouva que cette tumeur était constituée par des fibres cellules de toutes dimensions, serrées les unes contre les autres, en voie de multiplication rapide. La prolifération des parois vasculaires donnait, par place, à

› tissu l'apparence d'un myo-sarcôme ou d'un myo-carnôme. Ce cas est donc presque unique au point de vue istologique, comme il l'est sans doute sous le rapport cli-.que et opératoire. (*Arch. für klin. chirurgie*, 1875, et *Ar-iv. de méd.*, avril.)

Myo-sarcôme de l'estomac. Un exemple remarquable en été observé, à l'Institut pathologique de Varsovie, par le ·ofesseur Brodowski, chez un homme de cinquante-sept ıs, entré, en février dernier, dans la clinique chirurgicale ı professeur Kosinski, avec le ventre aussi volumineux u'une femme à sept mois de grossesse. Une tumeur bien cir-›nscrite, légèrement mobile, un peu résistante, avec fluc-ıation distincte, passait obliquement de l'hypochondre gau-ıe à la région iliaque droite. Son bord inférieur était à ·ois doigts au-dessous de l'ombilic et se perdait au-dessus rec le foie. On diagnostiqua successivement une tumeur de ı rate, puis un kyste hydatique et enfin une tumeur de épiploon. Une ponction donna issue à un sérum sanguin oconneux.

Le malade ayant succombé subitement, l'autopsie montra ue cette tumeur ovale, pesant douze livres, de 12 pouces de ›ng sur 6 de large, était attachée à la grande courbure de estomac. Des cavités, dont la capacité variait entre celle 'une noisette et d'une tête fœtale, étaient remplies du ıême liquide extrait pendant la vie. Les parois en étaient ·ipées, couvertes de taches rouge-noirâtre, avec de petites ranulations grisâtres. Un ulcère correspondant de la mu-ıueuse gastrique avait tous les caractères cancéreux. Le mi-roscope décela les caractères d'un myôme avec fibres mus-ulaires remplies de cellules fusiformes et étoilées. C'est le ·remier exemple d'un myo-sarcôme aussi volumineux de estomac. Ceux de l'utérus y sont seuls comparables. (*Vir-how's archiv*, page 227.)

MYOPIE. *Action sur l'acuité visuelle.* Depuis que la puis-ance militaire redoutable que la Prusse s'est créée a forcé es autres puissances du continent européen à augmenter eurs armées et à décréter le service militaire obligatoire, ›n s'efforce de ne refuser aucun des hommes qui peuvent ·tre utilisés, à un titre quelconque. En France et en Italie,

on admet, comme bons pour l'armée, les myopes avec un degré égal à $\frac{1}{8}$ ou $\frac{1}{6}$; plus sévères, d'autres pays ne les admettent pas au-dessous de $\frac{1}{12}$ et dans l'armée anglaise, qui se recrute par engagement volontaire seulement, le professeur Longmore estime qu'un myope au $\frac{1}{24}$ ne peut faire un bon service pour le tir du fusil en usage, surtout dans les Indes orientales et dans les colonies. (*Manuel pour la détermination de l'acuité et de la qualité de la vision chez les recrues. Londres*, 1875.)

Combien de réformés n'y aurait-il pas en France si l'on était si exigeant! M. Morache se demande pourtant si en admettant tous les myopes au-dessus de $\frac{1}{4}$, beaucoup ne sont pas inaptes à se servir utilement des armes à longue portée, surtout sans le secours de lunettes, admises dans l'armée allemande. On peut en juger par le tableau d'acuité visuelle dressé par M. Giraud-Teulon, d'après l'examen qu'il en a fait sur de nombreux sujets.

Myopies de $\frac{1}{12}$ et au-dessous	acuité égale à 1	28.94 0/0
	Id à $\frac{1}{2}$	79.10
	Id au-dessous	21.
— de $\frac{1}{12}$ à $\frac{1}{6}$	acuité normale	10.73
	Id de $\frac{1}{2}$	64.75
	Id au-dessous	34.25
— de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{6}$	acuité de 1	3.62
	Id de $\frac{1}{2}$	43.44
	yeux perdus	56.56
— entre $\frac{1}{4}$ et $\frac{1}{3}$	acuité de $\frac{1}{2}$	22.80
	Id au-dessous de $\frac{1}{10}$	22.80
	yeux perdus	11.40
— de $\frac{1}{3}$ et plus	acuité au-dessous de $\frac{1}{2}$	95.55
	Id de $\frac{1}{16}$	31.15
	yeux perdus	28.40

L'acuité visuelle diminue donc très-vite avec le signe de myopie, et cette notion très-peu connue, suivant M. Giraud-Teulon, doit jouer un grand rôle dans l'acceptation ou le refus des hommes ou des candidats au volontariat et aux écoles militaires. Aussi demandait-il à l'Académie de médecine de proposer au ministre de la guerre d'instituer des commissions spéciales, adjointes aux conseils de recrutement, pour l'examen des hommes présentant des troubles

de la vision, et déterminer les armes et les armées dans lesquelles ils peuvent servir.

Mais, devant une telle proposition, le Conseil de santé des armées, représenté à l'Académie par son président, M. Legouest, a vu une atteinte à ses prérogatives et une injure à sa capacité professionnelle. D'après lui, l'Académie n'avait pas le droit de faire une telle demande, il appartenait au Conseil de santé de la suggérer et, en s'inspirant des recherches de M. Giraud-Teulon, il avait bien plus de chances, non d'obtenir l'adjonction de spécialistes étrangers au corps de santé, ce qui serait injurieux pour lui, mais au moins l'examen sérieux des hommes à ce point de vue par l'emploi plus fréquent de l'ophthalmoscope.

Telle a été la thèse soutenue par MM. Legouest et Perrin et que l'Académie a bénévolement adoptée, quoique, comme conseil officiel du gouvernement, ce corps eût parfaitement le droit de lui adresser au moins des vœux à cet égard. (*Acad. de méd.*, 1875.)

N

NÉCROLOGIE. Chaque année amène de nouveaux exemples des dangers, des périls que l'exercice de l'art de guérir réserve à ses disciples. C'est une lutte, une bataille continuelle contre la mort, où le médecin succombe trop souvent par son dévouement à en défendre les autres. A peine entrés dans la carrière, quatre jeunes débutants ont ainsi succombé à la diphthérite contractée dans l'exercice de leurs fonctions. C'est Poirier, le jeune interne en pharmacie à l'hôpital des Enfants, qui, après avoir affronté la mort dans vingt-deux combats pendant la guerre, où il avait servi comme volontaire et gagné la médaille militaire, est venu tristement mourir, à vingt-quatre ans, le 30 janvier; c'est le docteur Jean qui, établi seulement depuis trois ans, succombait à 30 de cette affection contractée au lit d'un de ses malades; c'est M. Fischer, interne à l'hôpital cantonal de Genève; M. de Molènes, frappé dans le service de M. A. Guérin, alors qu'il subissait avec éclat les épreuves du concours de l'internat, et probablement plusieurs autres dont les noms sont restés inconnus. Il est donc prudent que chaque mé-

decin, comme chaque élève, prenne des précautions contre la contagion de cette terrible maladie.

Un autre exemple aussi triste, et qui a bien son enseignement pour que les médecins des asiles d'aliénés se fassent toujours accompagner d'infirmiers pendant leurs visites, est la mort tragique du docteur Woodbury, médecin adjoint de l'asile d'aliénés à Somerville. Assailli par un fou furieux, pendant sa visite, il fut renversé et frappé à coups de maillet si violents sur la tête que le crâne en fut fracassé.

A défaut de pouvoir rendre hommage ici à tous ceux qui le méritent par leurs actes ou leurs travaux et qui ont acquis ainsi des droits au souvenir et à la reconnaissance de leurs successeurs, nous devons citer au moins les noms de M. Padieu, père, directeur et professeur, pendant de longues années, de l'Ecole secondaire de médecine d'Amiens; du professeur Gaussail, de Toulouse, mort après une longue maladie à soixante-sept ans; de M. Foltz, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Lyon où il forma, par la solidité de son enseignement, une pléiade d'anatomistes distingués; enfin celui du docteur Perron, ancien directeur du collége arabe français à Alger. Bien d'autres noms pourraient être ajoutés, sans doute, avec justice, mais ils ne sont pas parvenus jusqu'à nous.

Il en est un cependant, célèbre entre tous, qui, sans appartenir au corps médical, s'y relie intimement par les éminents services qu'il a rendus à la chirurgie : c'est celui de Charrière, l'habile fabricant d'instruments, le *grand coutelier*, comme l'appelait Malgaigne. Après avoir goûté dans sa jeunesse et l'âge mûr tout le bonheur que donne le succès du travail et du génie, couronnés par la fortune, les honneurs et la renommée, il fut assailli des plus rudes épreuves dans sa vieillesse par la mort successive de ses enfants et de la fidèle et distinguée collaboratrice de tous ses travaux. Il ne put résister à tant de chagrins et, frappé au cœur, il succomba presque subitement à soixante-quatorze ans. Son nom restera uni à tous les perfectionnements chirurgicaux réalisés de 1830 à 1867 au moins, époque où il fut créé à ce sujet officier de la Légion d'honneur.

Alling, *Edward*, que des travaux et des succès avaient distingué pendant son internat dans les hôpitaux de Paris,

où il était arrivé l'un des premiers de sa promotion, est mort à Alger au mois de mai, à trente-quatre ans. Il aspirait à parcourir brillamment une carrière où son intelligence, son travail, sa verve lui promettaient le succès, lorsque les premiers signes de la phthisie le forcèrent à abandonner ses projets et ses espérances. Il dut passer rapidement sa thèse *Sur l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale*, en 1871, et partit pour Alger où il conquit bientôt, par le concours, la place de chirurgien de l'hôpital civil. Il jouissait ainsi de l'estime et de la sympathie générale lorsque la mort l'a enlevé.

Andral, *Gabriel*, la plus grande figure du Panthéon médical français de 1830 qui illustra tant la France, a cessé de vivre, le 13 février, âgé de soixante dix-huit ans. Quoique retiré de l'enseignement où il avait brillé d'un si vif éclat, pour se vouer aux soins pieux de son épouse malade, la fille de Royer-Collard, il n'en restait pas moins une de nos gloires les plus pures. Sa personne restait admirée et vénérée et l'on aimait à se découvrir pieusement devant cette grande illustration.

Appliqué de bonne heure à recueillir et méditer les enseignements de maîtres illustres, comme Laennec, Lherminier, M. Andral parvint tout jeune aux premiers emplois dans les hôpitaux et à la Faculté ainsi qu'aux plus grands honneurs. Reçu docteur à vingt-quatre ans, il était nommé agrégé deux ans après et professeur d'hygiène, en 1828, à trente-et-un ans ! Il passa successivement à la chaire de pathologie interne, puis, après Broussais, à celle de pathologie générale, où il laissa les traces les plus profondes de son passage. Sa retraite spontanée, en plein succès, fut comme une défaite pour l'enseignement. Dès que sa voix si autorisée n'eut plus d'écho, celle de l'Allemagne prévalut parmi la jeune génération médicale et le règne de la nouvelle doctrine exclusive de l'expérimentation à outrance.

Cette opinion a été émise dans la presse que cette révolution médicale avait été facilitée par le silence de M. Andral ; que sa présence l'eût retardée, sinon empêchée. C'est évidemment là une illusion. La conduite de M. Andral à l'Académie des Sciences, où il ne cessa de favoriser ostensiblement, comme M. Cl. Bernard, la nomination des adeptes

de l'expérimentation au préjudice des médecins et chirurgiens purement cliniciens, prouve assez que son choix était pour cette méthode. Son esprit y était porté depuis longtemps. Que l'on se rappelle sa thérapeutique expectante et toute d'expérimentation à l'hôpital de la Charité! D'ailleurs il ne faut pas oublier qu'à sa *Clinique médicale*, son *Résumé d'anatomie pathologique*, son *Traité d'auscultation*, succéda l'*Hématologie pathologique*, qui est comme l'introduction à l'expérimentation actuelle poussée à ses dernières limites: la numération des globules et l'examen spectroscopique du sang, la présence des bactéries et des bactéridies, etc. Il est donc probable, sinon certain, que M. Andral se fût tourné de ce côté s'il eût continué d'enseigner, mais en imprimant à cette méthode son cachet original français, comme il savait si bien le faire en tout.

Axenfeld, le jeune professeur si brillant et sympathique de la Faculté de médecine de Paris, et qui, avec Lorain, en était l'ornement et l'espoir, a terminé sa longue agonie morale et physique, le 25 août, à quarante-cinq ans à peine. Après avoir eu à lutter, pendant sa jeunesse, contre l'exil et les plus rudes obstacles de la vie matérielle, il avait réussi par le travail et une vaste intelligence à un succès peut-être unique dans la carrière médicale lorsque, au milieu de ce triomphe si bien mérité, il fut frappé, il y a quatre ans, d'une hémorrhagie cérébrale qui ne laissait aucun espoir. Sa mort n'a été qu'une bienfaisante délivrance des longues souffrances auxquelles son esprit et son corps étaient ainsi condamnés.

Le *Traité des névroses* est le seul ouvrage qui reste de cet esprit si brillant et profond à la fois. Il suffira à perpétuer son nom en médecine, car le souvenir de sa personne si sympathique et affable restera dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Begbie, *James-Warburton*, le premier praticien de l'Écosse et le plus consulté par ses confrères et par les familles, en raison de sa bienveillance et de son savoir, est mort d'une hypertrophie du cœur, le 25 février, âgé de cinquante ans seulement. Sans titre officiel ni universitaire, sans travaux remarquables ni spéciaux pour s'imposer, il

nquit la première position à Édimbourg par ses qualités rsonnelles. Il gagnait de 4 à 500 000 francs par an. Son tivité égalait son attention près des malades, pauvres mme riches, sa perspicacité diagnostique et thérapeuque. De là ses succès extraordinaires et sa popularité. Il ait particulièrement agréable et fascinant par sa bienveilnce.

Sa réputation lui valut d'être élu représentant de l'Écosse Conseil médical général, docteur de l'Université et meme de la Société royale. Chargé de lire l'*address* en médene à la dernière réunion de l'Association médicale Britanique, il se montra, dans cette occasion solennelle aussi ien que dans ses précédents travaux, à la hauteur de sa putation et du rang élevé qu'il occupait dans l'estime de s confrères. C'est une grande perte pour la pratique et honneur de la profession.

Boeck, *Wilhelm*, le disciple convaincu et zélé d'Auzias ır la doctrine de la syphilisation, a succombé à Christiania 10 décembre 1875. Ce fut lui qui soumit à l'inoculation plus grand nombre de syphilitiques en pratiquant jusu'à 1000 à 1200 inoculations au même individu. Cette octrine perd en lui son principal représentant.

Bulard, *Jules*, médecin en chef de l'Asile des aliénés et résident de la Société protectrice de l'Enfance de la Gionde, a succombé, le 16 janvier, jeune encore. Perte imnense par tout le bien qu'il faisait avec cœur et dévouenent aux faibles et aux petits. Après avoir consacré toute sa eunesse à l'étude et l'amélioration des aliénés, il meurt regretté de tous ses confrères qui ont pu l'apprécier, notamnent du corps médical de Bordeaux.

Caffe, *Paul-Louis-Balthazar*, le médecin aimable et bienveillant autant pour ses confrères que pour ses malades, a uccombé après tous ses enfants, le 19 janvier, âgé de oixante-treize ans. Vaincu par la douleur d'avoir perdu sa fille unique, madame Cornil, et son enfant, il se retira de la vie active et confraternelle qu'il avait toujours menée et qui était son aliment préféré. Ses malades, son journal des *Connaissances médicales pratiques* qu'il avait mis au monde

et qu'il entretenait avec un soin jaloux et personnel, puis ses confrères, la profession, voilà sa vie militante par excellence de tous les jours, pendant plus d'un demi-siècle. Aussi était-il connu, aimé et respecté de tous, ce pauvre Caffe dont il ne nous reste plus, hélas ! que le triste souvenir. Son cœur chaud et ouvert, déchiré par la douleur, reste à jamais glacé !

N'ayant que des amis parmi ses malades, comme parmi ses confrères, Caffe eût pu aspirer comme tant d'autres, moins aptes et dignes, aux places et aux honneurs. Il en profita plus pour les autres que pour lui. Il était officier de la Légion d'honneur et commandeur de la plupart des ordres étrangers. L'Italie, l'Espagne, le Brésil l'avaient ainsi distingué. Toutes les Sociétés médicales se l'étaient également associé. A l'égal de M. Ricord, il n'était pas un médecin plus décoré, plus distingué.

Il est mort en laissant ses biens à la ville de Chambéry, son pays natal, et 20 000 francs à l'Association des médecins de France. C'est mourir comme il avait vécu.

Campbell de Morgan, chirurgien de l'hôpital Middlesex et qui occupait une haute position scientifique et professionnelle à Londres, a succombé aux suites d'une pneumonie, âgé de quarante-cinq ans seulement. Ses travaux sur les tumeurs et la part active qu'il prit à la Société pathologique sur le cancer (*V. année* 1874) témoignent assez de sa valeur. Il était membre de la Société royale, du Collége des chirurgiens et de plusieurs autres sociétés médicales où il remplissait l'un des premiers rôles.

Channing, *Walter*, le célèbre accoucheur américain, frère de l'illustre Channing, le réformateur libéral protestant, a terminé en paix sa longue et laborieuse carrière, le 27 juillet, à quatre-vingt-dix ans. Établi depuis 1812 à Boston où il professa l'obstétrique avec un grand succès, après être venu l'étudier à Édimbourg et à Londres, il sut en inculquer les principes scientifiques à plusieurs générations, par la clarté et la précision autant que le savoir, et fit la démonstration des accouchements à l'hôpital général du Massachusetts pendant plus de vingt ans. Son travail le plus important : *Etherisation in Childbirth* contient plusieurs

centaines d'exemples de l'administration de l'éther pendant le travail.

Chelius (Von), *Max-Josef*, le Dupuytren de l'Allemagne, dont la réputation a été universelle et qui a illustré avec Nægele l'Université de Heidelberg, dont il fut nommé professeur dès 1817, a terminé sa longue carrière au mois d'août, à quatre-vingt-deux ans. Son œuvre principale est un *Manuel de chirurgie* qui, commencé en 1822, ne fut terminé qu'en 1838 et qui eut plusieurs éditions et traductions. Dupuytren le tenait en si haute valeur qu'il le fit traduire par son neveu. South le traduisit en anglais. Presque tous les souverains lui conférèrent leurs ordres en témoignage de leur estime pour son grand mérite. Mais sa qualité de Wurtembergeois, en le faisant protester hautement contre la politique et les agissements tortueux de l'autocrate prussien dans ces derniers temps, le fit tomber en disgrâce à la cour impériale, et ce savant a disparu ainsi dans un oubli presque complet. Comme si les services rendus ne méritaient pas une éternelle reconnaissance!

Cox, *William-Sands*, fondateur de l'École de médecine et de l'hôpital clinique du collége de la Reine à Birmingham, a succombé à un âge avancé à Kenilworth. Après être venu se perfectionner en France sous les Dupuytren, Larrey, Lisfranc et d'autres maîtres, il en emporta les traditions qui le rendirent célèbre. Membre de la Société royale et du Collége des chirurgiens, ainsi que de la Société de chirurgie de Paris, député de Warwick, il obtint pendant sa vie la juste récompense de son zèle et de ses travaux pour l'art de guérir.

Duval, *Vincent*, le doyen célèbre des orthopédistes français, qui sectionna le premier en France le tendon d'Achille contre le pied-bot, a succombé, le 29 avril, âgé de quatre-vingts ans, après quarante-cinq ans passés à la tête des services orthopédiques du bureau central des hôpitaux de Paris. D'autres ont bien pu faire plus parler d'eux pour attirer les regards et appeler la renommée, aucun n'a été aussi aimé et estimé que lui. Son honnêteté, sa loyauté étaient proverbiales. Aussi les plus grands chirurgiens fran-

çais et étrangers, Lallemand, Dupuytren, Nélaton, Brodie ont eu recours à ses lumières, à son expérience et ses conseils dans sa spécialité, celle du pied-bot et la coxalgie en particulier. Il eût pu acquérir ainsi une grande fortune. D'un aspect imposant par sa grande taille, ses traits accentués et son inaltérable bienveillance, il eût pu aborder avec succès la grande clientèle. Modeste et sincère, il préféra être utile en se confinant dans son établissement pour donner des soins de tous les instants aux infirmes qui venaient de tous les pays se confier à lui. Aussi les succès qu'il obtint furent-ils très-remarquables. Son *Traité du pied-bot*, couronné par l'Institut, suffit à perpétuer sa mémoire dans la science et pour ses malades comme pour tous ses confrères qui l'ont connu, pas n'est besoin de cette distinction pour s'en souvenir, car il passa dans le monde en faisant le bien.

Ehrenberg, *Christian-Gottfried*, célèbre médecin naturaliste qui eut l'honneur d'être choisi par Humboldt, en 1829, pour l'accompagner comme adjoint dans son voyage en Russie, a succombé âgé de quatre-vingt-un ans. Quoique médecin et professeur extraordinaire de la Faculté de médecine de Berlin, il ne s'occupa jamais que d'histoire naturelle, surtout au point de vue physiologique. Ses travaux à cet égard figurent avec honneur à côté de ceux de Humboldt, ses investigations sur les infusoires et les radiés ont surtout été fort remarquées. Favori de son souverain, il en obtint toutes les distinctions dues à son mérite et fut élu correspondant des principales Sociétés scientifiques de l'étranger.

Ehrenberg habitait le palais de la Société de Philosophie naturelle, fondée par Frédéric-Guillaume II en 1773, et l'un des plus anciens corps scientifiques de Berlin. C'est là que sont ses collections privées d'histoire naturelle d'Égypte, de Sibérie et d'Arabie. Une cataracte rendit ses dernières années des plus pénibles. Il venait d'en être opéré avec succès, lorsqu'il succomba. Ses funérailles, faites avec pompe aux frais de l'État, furent honorées de la présence de l'empereur, qui rendait ainsi hommage à la science, dans la personne d'un de ses plus illustres représentants.

Fuster, professeur de clinique médicale à Montpellier, et

qui s'était fait connaître par divers travaux de mérite, a succombé à soixante-quinze ans. Son *Histoire des maladies de la France*, couronnée par l'Académie des sciences, est celui qui lui survivra, ainsi que ses recherches faites dans le même esprit sur le climat de la France. Laborieux, juste, indépendant et généreux, il s'attira de profondes amitiés. Son traitement de la phthisie par l'alcool, publié dans ces dernières années, fit grand tort à sa réputation.

Hirschfeld, *Ludovic*, professeur d'anatomie à l'Université de Varsovie, a succombé, le 28 avril, à soixante-deux ans seulement. Son *Atlas du système nerveux et des organes des sens*, fruit d'études et d'expérimentations faites surtout à Paris, où il a été publié, est l'œuvre capitale qui lui a valu sa célébrité et qui recommande son nom à la postérité.

Howe, docteur en médecine, fondateur et directeur pendant quarante ans de l'institution Perkins, pour les aveugles, à Boston, qui a fait l'admiration des poètes, des nouvellistes et de tous les visiteurs, par les progrès qui s'y trouvaient réalisés, a succombé, le 9 janvier, à soixante-quinze ans. Il inventa la méthode d'imprimer en lettres saillantes, à l'usage des aveugles, et, par ses travaux et ses écrits, contribua ainsi beaucoup à l'amélioration du sort de ces infortunés, ainsi que des idiots, des faibles d'esprit, en organisant aussi une école pour eux, en 1851.

Après avoir consacré sa jeunesse à la liberté des nations, en Grèce et en Belgique, il termina sa vie à secourir les malheureux.

Isambert, le savant et honnête spécialiste des maladies du larynx, que ses travaux avaient plutôt porté vers cette spécialité que le désir, le besoin de s'en faire une, a succombé subitement, le 26 octobre, à peine âgé de cinquante ans, alors qu'il commençait à recueillir pour les siens le fruit de ses nombreux travaux. Médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé de la Faculté, il se distinguait surtout par son esprit et son observation cliniques, son honnêteté dans la science, autant que dans la profession. Les *Annales des maladies du larynx et des oreilles*, qu'il avait contribué à fonder, perdent un vaillant collaborateur.

Letenneur, *Gustave-Paulin*, l'un des plus célèbres chirurgiens de province, a succombé à l'asthme, le 14 février, à soixante-deux ans. Élève de Roux, il participa de l'habileté de ce maître, après avoir remporté sous sa direction tous les honneurs des concours scolaires. Onze années d'exercice à la campagne n'éteignirent ni son zèle pour apprendre, ni son aptitude à enseigner. Obligé de se retirer à Nantes, il fut bientôt nommé chirurgien des hôpitaux et professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine. Esprit lucide et pratique, d'un jugement droit et sûr, il excellait dans le diagnostic. De nombreux mémoires et observations pratiques, avec des modifications opératoires importantes, perpétueront son nom dans les annales de la chirurgie française.

De Méric, *Victor*, syphiliographe anglo-français distingué, et qui jouissait à Londres d'une grande notoriété dans cette spécialité, a succombé dans cette ville, le 29 août, d'une obstruction pylorique, à soixante-cinq ans, étant à l'apogée de sa réputation et de ses succès. Né à Strasbourg et transporté de bonne heure en Angleterre, il y prit le grade de docteur à Glasgow, après avoir étudié à Dublin, et celui de fellow du Collége des chirurgiens de Londres. L'étude de la syphilis avec Ricord l'amena à se livrer à cette spécialité. Il en fut ainsi l'un des disciples les plus autorisés, comme le prix Jackson qu'il remporta en 1856, et ses Lettsomian leçons sur ce sujet en 1858 en sont d'éclatantes preuves. Journaliste au début dans la *Lancet* et l'*Union médicale*, praticien ensuite, puis médecin des hôpitaux français, allemand et du *Royal free*, il se distingua dans toutes ses fonctions par son savoir, son urbanité, sa bienveillance et sa simplicité. L'autorité de son nom sur la syphilis le fit élire membre de toutes les commissions sur la contagion, la pathologie et le traitement de cette maladie. Il était président de la Société de médecine.

Parkes, *Alexandre-Edmond,* le célèbre chirurgien en chef de l'armée anglaise en Crimée, a cessé de vivre le 15 mars. De cette expédition, où il put mettre en relief ses qualités d'organisateur et d'hygiéniste, date sa célébrité. Par les ressources alimentaires qu'il sut créer et le régime répara-

teur qu'il institua au grand profit de l'armée, elle résista mieux que l'armée française au typhus et au scorbut. Il fut ainsi chargé, à son retour, d'organiser l'école de médecine navale de Netley, dont il resta professeur jusqu'à sa mort. Ses rapports sur l'état sanitaire de l'armée et de la marine anglaises et un excellent traité d'hygiène confirmèrent sa haute réputation. Il était membre du *General medical Council*, du Collége des chirurgiens et de la Société royale. Nouvel exemple que, sans l'occasion propice pour se développer et se montrer, les qualités spéciales d'un homme supérieur peuvent rester méconnues.

Pétrequin, *Joseph-Éléonor*, dont la célébrité, comme chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a surpassé celle de tous ses successeurs, en raison du nombre et de la valeur des travaux qu'il en a tirés, a succombé, le 2 juin, à soixante-sept ans. C'était un esprit éminent et un travailleur hors ligne. Professeur à l'École de médecine, président de la Société locale et de l'Académie lyonnaise, il se montra toujours des plus actifs par la production de travaux originaux. Lyon perd en lui une de ses illustrations, et la science un de ses adeptes dévoués. Son *Traité d'anatomie topographique* a rivalisé de succès, en son temps, avec ceux des Velpeau, Blandin et Malgaigne. Lettré et érudit, il laisse aussi une traduction des œuvres chirurgicales d'Hippocrate et d'autres opuscules, estimés des amateurs de littérature médicale.

Pinali, *Vincent*, professeur à l'Université de Padoue, et praticien d'un grand mérite, a cessé de vivre. Savant distingué, doué d'un esprit fin, d'un jugement droit et d'une grande bonté, il est généralement regretté. Comme souvenir de sa vie laborieuse et utile, il a légué en mourant les fonds nécessaires pour créer une bibliothèque médicale, dans la ville dont il était l'un des ornements.

Putégnat, *E.* (de Lunéville), médecin savant et érudit, travailleur infatigable, a succombé à une attaque de choléra-nostras, à soixante-six ans. Auteur de très-nombreux travaux, sur différents sujets, en obstétrique surtout, qui furent couronnés dans maints concours, il put ainsi être associé à la

plupart des corps scientifiques de France, et d'un certain nombre de l'étranger. L'Académie de médecine, la Société de chirurgie, se l'étaient associé. Et cependant il n'était pas décoré, malgré tant de services publics et privés.

Ringland, *John*, accoucheur distingué de Dublin, a succombé dans cette ville, âgé de 61 ans, après une longue maladie. Chef de clinique à la Maternité Coombe pendant de longues années et professeur d'accouchements à l'école de Ledwich, il obtint bientôt une clientèle nombreuse et choisie dans sa spécialité. De nombreux travaux le firent choisir comme le premier président de la Société obstétricale. Il était membre de la Société et de l'Académie royales de la même ville, et très-honoré de tout le corps médical.

Simon, *Gustav Hofrath*, chirurgien allemand, connu surtout par ses excentricités chirurgicales, professeur de chirurgie à l'Université de Heidelberg, est mort soudainement, le 28 août, en même temps que son prédécesseur, von Chelius.

Southam, *Georges*, l'un des chirurgiens les plus distingués de la province, a succombé à Manchester, sa ville natale, le 24 mai, âgé de 61 ans seulement. Dès 1845, il exécuta avec succès deux ovariotomies, et contribua ainsi, l'un des premiers, à faire entrer cette opération dans la chirurgie, par ses mémoires sur ce sujet. Il donna ensuite son temps et son argent pour fonder une École de médecine, dont le succès fut si rapide que celle existante demanda bientôt à fusionner, sous le titre d'École royale de médecine de Manchester, qui forme aujourd'hui l'une des Facultés du collége Owen. Sa grande et heureuse pratique en fit une des sommités chirurgicales du Royaume-Uni. Sur 120 calculeux opérés de la taille, il n'en perdit qu'un seul. Il fut élu membre du Collége des chirurgiens, et devait présider l'Association médicale britannique, qui aura lieu à Manchester cette année. C'est montrer qu'il joignait à sa capacité professionnelle l'estime de ses confrères.

Stromeyer, le grand chirurgien allemand, a été foudroyé, dans la matinée du 15 juin, par une attaque d'apo-

plexie. Il venait de célébrer, le 6 avril, le 50e anniversaire de son doctorat reçu à Gœttingue, et tous les grands chirurgiens anglais s'étaient réunis pour lui envoyer un témoignage de leur admiration confraternelle, pour sa carrière si bien remplie par de grands travaux. C'est à lui que l'on doit, en effet, la découverte de la ténotomie sous-cutanée. J. Guérin, en France, ne fit qu'en étendre, en vulgariser les applications, en allant souvent au-delà de la saine chirurgie. La chirurgie d'armée et l'hygiène du soldat lui doivent aussi de grands progrès. Il y a deux ans qu'il publiait encore ses *Souvenirs d'un chirurgien allemand,* son autobiographie, qui excita un vif intérêt et souleva de vives controverses. Il est mort ainsi au champ d'honneur, en remplissant les devoirs actifs de sa profession. C'est une perte pour la science universelle qu'il a contribué à faire progresser.

Traube, *Louis*, l'un des premiers expérimentateurs allemands, a succombé, le 11 avril, à 58 ans. Il enseigna les Dubois-Reymond, Ehrenberg, Frerichs, Virchow, Liebreich, Langenbeck, Reichert, Wesphall et tant d'autres illustrations dans l'art de rechercher l'interprétation physiologique des faits observés au lit du malade. C'est à Paris qu'il vint étudier l'examen physique du cœur et des poumons. Devenu professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin, il apporta, dans l'observation des faits cliniques, une méthode d'analyse physiologique souvent discutable. Son nom reste ainsi attaché à plusieurs théories de physiologie pathologique sur les maladies de l'appareil respiratoire, et l'action de la digitale dans celles du cœur en particulier. Perte immense pour la science allemande dont il était l'un des plus distingués représentants.

Vleminckx, *Jean-François,* le célèbre médecin belge, a succombé, le 17 mars, âgé de 76 ans, au moment où sa parole et son expérience allaient être d'un si grand poids dans la discussion sur l'enseignement supérieur à la Chambre des députés. Administrateur excellent, savant plein d'initiative, orateur distingué et précis, politique convaincu et tolérant, il se distingua dans tous les postes qu'il fut appelé à remplir et parvint aux plus grands honneurs. Après avoir été inspecteur du service de santé militaire, il fut élu

président à vie de l'Académie de médecine, et membre de la Chambre des députés. C'était certainement l'un des représentants les plus distingués de la Belgique, et un administrateur hors ligne.

Wilde, *William,* ophthalmologiste distingué et fondateur de l'hôpital St-Marc de Dublin, pour les maladies des yeux, a succombé dans cette ville à 65 ans. Directeur du *Quaterley journal of medecine,* depuis 1847, il y donnait une large place aux travaux sur les maladies des yeux et des oreilles. En témoignage de sa haute distinction, il fut créé Knight et chirurgien de la Reine, en Irlande, dès 1855.

Wright, *Sreethill,* le savant médecin naturaliste de la Société royale d'Edimbourg, a succombé dans cette ville à l'âge de 58 ans seulement. Conduit à étudier la médecine pour y appliquer ses connaissances électriques, il fut reçu docteur en 1845 et ne cessa depuis, dans l'enseignement comme au lit du malade, à appliquer les données physiques au diagnostic et au traitement des maladies. Il fut ainsi l'un des promoteurs de l'école actuelle. Ses recherches sur les zoophytes le mirent en rapport avec les plus grands naturalistes : Agassiz, van Beneden, Kolliker, Clàparède et tant d'autres. C'était un savant de premier ordre.

NERFS. *Réunion immédiate.* Des succès très-frappants en ont été relatés par Langenbeck, au dernier Congrès des chirurgiens allemands. Le 22 février 1876, un jeune homme de 20 ans se présentait à sa clinique avec une grande cicatrice dure, dirigée presque transversalement au milieu de la partie postérieure de la cuisse. Une atrophie progressive de la jambe et la cuisse au-dessous en était le résultat ainsi que la paralysie. Elle résultait d'une grave blessure, reçue deux ans et demi avant, avec division du nerf sciatique.

Pour la réunion des deux extrémités, une longue incision fut pratiquée parallèlement à la direction du nerf qui permit de les découvrir après une longue dissection. Elles étaient distantes de cinq centimètres. Le bout central était hypertrophié et avait acquis un volume triple de l'état normal. Celui de l'extrémité périphérique l'était un peu moins. Rapprochées l'une de l'autre avec les mains, ces deux ex-

trémités, après avoir été avivées avec le bistouri, furent unies ensemble par trois sutures de catgut passées dans chacune. La plaie fut ensuite suturée et pansée avec le bandage de Lister. La jambe, fléchie sur la cuisse, fut placée dans une gouttière.

Après la cicatrisation complète de la plaie externe, les courants continus furent employés avec tant de succès que l'opéré regagna une partie de ses mouvements volontaires et de la sensibilité, et la jambe et la cuisse augmentèrent de volume. La pression sur le siége de la réunion était indolore.

Il en fut de même dans un cas de division du nerf médian, par un coup de feu. La réunion des extrémités ramena le pouvoir nerveux.

Un officier paralysé totalement du bras, après un coup de feu de l'apophyse coracoïde du scapulum qui avait divisé entièrement le nerf, regagna aussi l'usage de ses mouvements par le même procédé.

Réunion par accolement et intrication des fibres. Dans une plaie par arrachement de la face interne du bras gauche, chez un garçon de 18 ans, M. Després trouva un long cordon nerveux, dont l'extrémité était effilée et mâchée, sans qu'il fût possible d'en déterminer le nom. Dans sa tension, ce nerf avait été disjoint sans que l'on pût en retrouver le bout supérieur, caché et resté dans la gaîne. Un débridement considérable, remontant jusque dans l'aisselle, eût été nécessaire pour le découvrir. Il n'hésite pas alors à réunir les fibres dissociées du bout inférieur du médian supposé, en les rapprochant, les accolant, les intricant, au moyen de la pince, avec celles du nerf cubital couché sur le triceps. Aucune suture ni ligature ne fut posée. La plaie fut seulement fermée par occlusion et se cicatrisa parfaitement. Deux mois après, toute la sensibilité et les mouvements étaient revenus dans la main gauche, sauf l'extrémité de l'indicateur et du médian. C'est donc là une ressource à employer en pareille occurrence. (*Gaz. hebd.*, n° 5.)

Élongation. Cette méthode, appliquée aux nerfs comprimés, fixés dans leur trajet (V. NÉVRALGIES, 1875), se généralise. Le professeur Nussbaum, qui l'a employée le premier

contre les douleurs, les spasmes nerveux, en a obtenu un succès remarquable chez un paraplégique de 35 ans, après une lésion de la région sacrée. Depuis onze ans, des spasmes toniques des deux membres inférieurs ramenaient violemment les genoux sur la poitrine.

Après chloroformisation, une incision à la racine de la cuisse droite découvrit le nerf crural que l'opérateur prit entre ses doigts et étira avec assez de force pour l'allonger. Une autre incision sur le sciatique permit la même extension de celui-ci.

La cessation des spasmes fut immédiate, et, les plaies étant cicatrisées, la même opération fut renouvelée sur le membre gauche et eut le même succès. (*Aerzt. intelligenzblatt*, n° 8.)

Nerfs rachidiens postérieurs. *Origine.* Il résulte des recherches de M. Pierret sur l'anatomie de la moelle, que l'origine des fibres sensitives des racines postérieures a lieu dans les colonnes dites de Clarke, colonnes cellulaires situées dans les cordons postérieurs de la région dorsale seulement. De là, ces fibres sensitives remonteraient dans les corps restiformes et formeraient des noyaux d'où partiraient les filets des racines postérieures cervicales.

Il y aurait ainsi une grande analogie entre l'origine de ces nerfs et celle du trijumeau qui se trouve dans le bulbe. (*Acad. des sc.*, novembre.)

NÉVRALGIES. *Incisions libres.* Un succès relatif, obtenu par le docteur Loffar, à l'hôpital de Cashel (*Irlande*), montre combien est fécond ce mode de traitement dans les douleurs des os, produites par l'ostéite condensante. Une femme s'étant foulé le coude gauche, en 1871, éprouva de telles douleurs un an après, que, malgré deux séjours successifs à l'hôpital et des traitements variés, elles étaient devenues intolérables et qu'il fallut admettre l'existence d'un abcès.

Après éthérisation, une incision au-dessus de chaque condyle mit les os de l'articulation à nu. Une portion circulaire du condyle externe, que l'on soupçonnait être le siége de l'abcès, fut enlevée avec la tréphine sans que le pus parût. Néanmoins, *un soulagement immédiat s'ensuivit.* Le sommeil

ıar la disparition des douleurs. L'enlèvement de bou-
ɜ charpie suffit à les faire reparaître, et il fallut en
· d'autres jusqu'à la guérison.
cidive de quelques douleurs à la partie interne du
ɜn dedans de la partie tréphinée, firent recourir au
ɪrocédé, sur le condyle interne, avec le même résultat.
louleurs mitigées reparurent depuis, ce fait n'est pas
ın nouvel exemple très-démonstratif de l'utilité de
nation des os dans le cas de douleurs persistantes,
sans abcès. (*Progrès méd.*, n° 49.)

ılgie faciale. Elle peut résulter d'un calcul du con-
Wharton, comme M. Cauchois l'a observé sur un
de 19 ans. Après un gonflement du plancher de la
survenu à 11 ans, et guéri spontanément par l'ex-
d'un liquide filant et blanchâtre, il fut pris à 16 ans
ntes douleurs du côté droit de la face revenant pé-
ɪment tous les deux mois et durant une semaine.
butent dans le plancher buccal au niveau des der-
ıolaires droites, s'irradient dans la branche mon-
ı maxillaire, l'oreille et la région temporale. Elles
tent d'intensité pendant quelques jours, présentent
une période d'état, pour décroître jusqu'à leur dis-
. Leur violence était telle, que le sujet poussait des
ıs. Le dernier accès s'est produit au mois d'août 1875.
ıté le 25 octobre, au début d'un accès, M. Cauchois
une certaine gêne de la mastication et de la déglu-
ıi provoque son examen. Il reconnaît, sous la langue
ite, une tuméfaction oblongue dans la direction du
de Wharton, avec rougeur vive de la muqueuse.
net, dirigé en avant, donne issue, par la compres-
ın liquide purulent. Saillie prononcée de la glande
xillaire donnant une sensation résistante par la pres-
ıbinée de dedans en dehors.
nmet de la tumeur étant accroché avec un ténacu-
segment en est excisé avec des ciseaux courbes et
apparaît une surface blanchâtre. C'était un calcul
facile à saisir et à extraire avec des pinces à griffes.
térisme constate une dilatation de tout le conduit
ton, jusqu'à la glande sous-maxillaire.
cul est de forme cylindroïde, légèrement aplati, à

extrémités effilées; il a quinze à seize millimètres de long, de coloration blanc jaunâtre et à surface régulière, mais non lisse; le tissu est ferme, cassant et friable; la cassure montre une disposition de la substance en couches concentriques. (*Journ. de la Soc. de méd. de Rouen*, 1875.)

En présence d'accès répétés de névralgie faciale, rebelle aux traitements ordinaires, il y a donc lieu d'explorer le plancher de la bouche et le canal de Wharton, en particulier.

Brômure de potassium. Dans un cas de névralgie épileptiforme de la moitié gauche de la face, chez un bonnetier de 62 ans et durant depuis plus de vingt-cinq, sans que les vésicatoires *loco dolenti*, ni le sulfate de quinine pas plus que les injections morphinées, ni aucun autre moyen n'aient apporté de soulagement, M. Peter obtint un succès complet avec le brômure de potassium. Aucune autre indication n'en existait que la fréquence et les caractères mêmes de l'accès. Localisées à la tempe, au début, ces douleurs envahirent graduellement la moitié gauche du front, l'orbite, la joue et la région auriculaire. L'accès était brusque, sans malaise, ni *aura* précurseur, et produisait une sensation de brûlure et d'arrachement. De plus en plus fréquents, ces accès étaient presque permanents et se renouvelaient plus de *deux cents* fois par jour, lors de l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 septembre dernier.

Brusquement, au milieu de la conversation, toute la moitié gauche de la face se contracte violemment; la commissure labiale est fortement tirée à gauche, le front se plisse et la paupière supérieure s'abaisse; le malade porte alors vivement la main sur la joue ou la mâchoire inférieure et les comprime fortement; ou bien il les frotte avec une vigueur extrême ; la face a l'aspect grimaçant, la bouche est largement ouverte et la langue à demi projetée au dehors; le malade pousse des gémissements sourds et se balance la tête avec les mains. Cette crise dure quelques secondes à peine; le malade, redevenu calme, reprend son récit jusqu'à ce qu'une crise nouvelle vienne encore l'interrompre.

En dehors de ces crises, la région n'est pas douloureuse, pas d'hyperesthésie cutanée, ni d'atrophie des muscles. Mais la moindre pression, sur les points d'émergence du trijumeau sus et sous-orbitaire et mentonnier, provoque une douleur

aiguë et une crise immédiate. Celle-ci est d'ailleurs provoquée par une émotion, un courant d'air, un bâillement ou le moindre mouvement dans le lit. Le malade ne pouvait ni mâcher, ni se laver, sans les faire revenir, et il n'avait trouvé que dans l'ivresse un soulagement momentané à ses cruelles souffrances.

Identifiant ces accès épileptiformes à l'épilepsie véritable, M. Peter pensa que le même remède leur convenait mieux que les doses massives d'opium ou de morphine. Il prescrivit ainsi six grammes de brômure de potassium par jour, et, dès le lendemain, le sommeil, empêché par les accès depuis dix jours, était revenu. Trois ou quatre accès l'avaient seulement interrompu. Ils avaient entièrement cessé trois ou quatre jours après l'usage du brômure de potassium, et cet homme quittait l'hôpital, vingt jours après son entrée, parfaitement guéri, avec prescription de continuer l'usage, à doses décroissantes, pendant trois mois consécutifs. (*Bull. de thérap.*)

Ligature de la carotide. La simple compression de ce vaisseau ayant suspendu momentanément la douleur névralgique dans quelques cas, le docteur Patruban a été amené à en pratiquer la ligature définitive dans les cas rebelles à tous les autres moyens. Trente-trois fois il a pratiqué cette redoutable opération contre les névralgies de la face, sans avoir observé d'accidents consécutifs : comme la congestion cérébrale, le vertige, la vue double, l'action de loucher, etc. Sans avancer aucune théorie sur son mode d'action, il préconise ce moyen extrême, à cause des bons effets qu'il en a obtenus, mais il est à prévoir qu'il ne sera imité par aucun médecin prudent qui ne veut pas se risquer à tuer son malade, si grandes que soient ses douleurs, en voulant le guérir. (*Lancet*, 4 décembre 1875.) Il y a d'ailleurs différentes causes de ces névralgies et il faudrait au moins préciser celles qui sont justiciables de cette opération formidable.

Névralgie du quatrième orteil. Une sensation continue de douleur, avec crises et exacerbations au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil, surtout par la pression, et déterminant des irradiations vers le cou de pied, la jambe et le genou qui rendent la marche

pénible et souvent impossible pendant les accès, sont les caractères de cette affection, décrite par le docteur Thomas Morton. Les malades ne peuvent supporter la chaussure et le plus léger contact des parties douloureuses détermine des crises.

Sur les 15 observations citées, il y avait 13 femmes et 2 hommes seulement. Le mal persistait depuis des années, sans diminution dans quelques cas. Il était apparu trois fois spontanément et était rapporté dans les autres à un faux pas ou à un écart.

Les accès ont été si violents et la marche rendue si pénible chez certains malades que M. Morton, attribuant la douleur à la pression de la tête du cinquième ou du quatrième métatarsien sur les branches digitales du plantaire externe, n'a plus hésité à pratiquer la résection de ceux-ci avec l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil. Une guérison radicale a couronné cette opération, sans que l'examen anatomique et histologique des parties réséquées ait révélé les moindres lésions des os ou des tissus voisins. C'est donc bien à la compression, à l'écrasement des branches nerveuses entre le col de la tête des deux métatarsiens, produits par l'usage de chaussures trop étroites, qu'il faut rapporter cette affection douloureuse. D'où le succès de la névrotomie. (*Amer. journ. of med. sciences*, janvier.)

NÉVROMES. La résection d'un névrôme du nerf médian, situé à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras droit, chez un cultivateur de 45 ans, fournit, à M. le docteur Notta, l'occasion d'employer un mode de suture particulier. Après avoir découvert la tumeur et l'avoir mise en saillie sur la sonde cannelée, il traversa le nerf avec un fil d'argent, à quatre ou cinq millimètres au-dessus et au-dessous du névrôme ; puis il sectionna le névrôme compris dans cette anse. Il suffit alors, en fléchissant le poignet sur l'avant-bras, de rapprocher les deux bouts du nerf et de les mettre en contact, en tordant le fil et en le coupant à ras. On évite ainsi des recherches difficiles par la rétraction des deux bouts du nerf. La sensibilité reparut graduellement avec des troubles trophiques assez curieux.

L'examen microscopique de cette tumeur ovoïde, fusiforme, comme un noyau de prune, fournit, à M. le docteur

H. Marais, la preuve que ce névrôme s'était développé au centre des interstices ou fibrilles du nerf. De là, la différence avec les névrômes développés par prolifération du tissu nerveux lui-même. Il y a donc, suivant lui, une distinction à établir entre ces deux sortes de névrômes. Celui-ci serait un névrôme interstitiel, par son siége, et un véritable fibro-sarcôme par sa nature histologique ; tandis que le névrôme constitué par des fibres nerveuses, mériterait le nom de névrôme amyélinique. (*Soc. de chir.*, 8 novembre.)

Névrôme plexiforme. Une observation personnelle de cette tumeur rare et peu connue, faite par le docteur Cartaz à l'hôpital des Enfants, l'a conduit à rassembler les cas analogues, au nombre de 13, pour en faire ressortir surtout le diagnostic différentiel. Elle se présente, en général, sous forme d'un gonflement diffus, de consistance variable, indolore, généralement mollasse, donnant la sensation de cordons de grosseur inégale, de pelotons demi-durs, fibroïdes, et fuyant, ondulant sous le doigt comme l'intestin, des varices dures, enflammées, ou bien du canal déférent. Elle est constituée par un lacis de cordons nerveux, flexueux, pelotonnés sur eux-mêmes, considérablement hypertrophiés et reliés entre eux par du tissu conjonctif. La peau est épaissie, dure, bosselée, avec bourrelets et replis saillants, et adhère plus ou moins à la tumeur. Les poils sont parfois plus rares, plus volumineux et plus durs ; les glandes sébacées sont très-augmentées de volume. Le tissu sous-cutané circonvoisin participe aussi parfois de cette hypertrophie.

Ces tumeurs se rencontrent surtout chez les enfants et sur la tête en particulier. Elles y siégeaient 7 fois sur les 13 cas et sur le trajet des divers plexus dans les autres.

Ce siége empêche de les confondre avec les tumeurs variqueuses dont elles affectent quelquefois la ressemblance. La vascularité des anévrysmes cirsoïdes et le bruit de souffle, l'expansion et les battements qui les caractérisent, les distinguent aussi de ce névrôme. Quant aux lipômes qu'il simule à s'y méprendre par son évolution lente et son indolence, il suffira d'employer la pulvérisation de l'éther pour en faire le diagnostic différentiel : elle durcit le lipôme. La confusion n'est possible qu'avec les tumeurs éléphantiasiques circonscrites et localisées, et ce n'est qu'en tenant

compte de l'âge, du siége et des caractères spéciaux du névrôme qu'on pourra l'en distinguer. (*Archiv. de méd.*, août.)

NEZ. Au lieu de recourir à l'autoplastie pour combler le vide fait par l'enlèvement d'un épithélioma sur une aile du nez, M. D. Mollière a eu recours à un nouveau procédé. Considérant le danger du traumatisme résultant de la dissection d'un lambeau, et l'avantage au contraire de la réunion des plaies de la face à la suite de l'extirpation des cancroïdes, pour en retarder, sinon en prévenir la récidive, il a opéré la réunion des bords de la plaie de la manière suivante :

La moitié latérale du nez étant enlevée, on décolle, avec le bistouri et la rugine, la muqueuse et les téguments adhérents à la cloison dans toute l'étendue de la partie saillante. On en fait autant du côté de la narine saine sans ouvrir celle-ci. La cloison, ainsi disséquée sur toute son étendue, est excisée à sa racine. Il est dès lors facile de réunir le bord dorsal de la plaie du nez à son bord jugal. Si les os propres s'y opposent par une saillie trop forte, on les mobilise en les fracturant ou on les résèque en partie sans ouvrir la narine saine.

Pour assurer la réunion de la moitié du lobule qui persiste, c'est-à-dire la réunion de l'aile du nez, M. Mollière emploie la suture entortillée dans ce point avec une épingle très-fine. Une petite incision libératrice de un centimètre, dirigée horizontalement suivant le sillon labio-jugal, facilite cette réunion. Des fils métalliques suffisent pour suturer les autres parties. Une bandelette de diachylum, passant sur le lobule du nez pour le maintenir affaissé, est fixée derrière la tête et le pansement est complété par l'introduction d'une mèche de charpie, imbibée d'eau de Pagliari, dans la nouvelle narine.

Une première application de ce procédé, en mai 1875, sur un vieux paysan ayant un nez immense, a parfaitement réussi. Dès le quatrième jour, la réunion inférieure était complète, et une fistule de la partie moyenne finit par s'oblitérer. L'opéré respirait librement et se mouchait sans douleur. Revu plus d'un an après, cet homme présentait un nez plutôt relevé qu'écrasé, avec une certaine élasticité des tissus chondro-cutanés.

Une seconde application en a été faite sur une religieuse avec une très-grande facilité et des résultats immédiats aussi satisfaisants. (*Lyon méd.*, nº 47.)

O

OBLITÉRATION ARTÉRIELLE. Son mode de production à la suite d'une cause traumatique est encore mis en question. Une péri-artérite se développant consécutivement est pour quelques-uns la cause efficiente. Le docteur Horteloup l'admet ainsi pour une oblitération de l'humérale consécutive à une fracture de la clavicule. Une déchirure des membranes interne et moyenne la produirait, au contraire, d'après M. Verneuil. Il l'a constatée ainsi anatomiquement sur un individu qui avait succombé, avec tous les symptômes de la compression cérébrale, après une contusion violente de la tête. La carotide interne était oblitérée complétement depuis l'anastomose de l'artère sylvienne jusqu'à une petite fissure, située beaucoup plus bas, divisant toute la tunique interne et la tunique moyenne en partie. M. Tillaux, à la suite d'une contusion de la région iliaque gauche, a trouvé à l'autopsie une déchirure des tuniques interne et moyenne de l'iliaque primitive gauche, sans aucune lésion des tissus environnants. M. Terrier a observé un cas semblable. Mais M. Houel n'a jamais constaté cette fissure dans le très-grand nombre d'oblitérations artérielles qu'il a vues.

Ce mécanisme est beaucoup plus rationnel cependant que l'hypothèse de la péri-artérite, car l'oblitération est très-exceptionnelle à la suite de celle-ci, tandis que les fissures internes sont relativement fréquentes à la suite des contusions, des efforts violents et de la distension des parties. Elles contribuent à la formation de beaucoup d'anévrysmes et il est difficile d'imaginer une oblitération tant que la tunique interne est intacte, tandis que la tunique externe résiste au contact du pus, à la compression des tumeurs, sans déterminer l'oblitération. (*Soc. de chir.*, octobre.)

OBSTRUCTION INTESTINALE. La cause en est par-

fois impossible à découvrir sur le vivant, malgré sa longue durée. Tel fut le cas observé par le docteur Blake, chez un Irlandais de 46 ans, fort et robuste, mais dyspeptique, subitement atteint de constipation à Boston, le 29 février dernier. Pas une garde-robe n'eut lieu jusqu'au 27 juin suivant. Une débâcle considérable se manifesta alors spontanément et persista jusqu'au 4 juillet, date de la mort. Pendant tout ce temps et malgré l'examen éclairé de cinq consultants, aucun diagnostic précis ne put être porté. Il n'existait ni tumeur, ni dureté, ni gonflement douloureux, en aucun point de l'abdomen. Le symptôme capital fut une tympanite intense avec hoquet qui mit souvent les jours du malade en danger. Les lavements forcés et les insufflations portées à un haut degré ne pouvant lever l'obstacle, l'aspirateur Potain fut employé avec tant de succès, que le malade en réclamait impérieusement l'usage et se plongeait lui-même la petite aiguille dans le point le plus saillant, au-dessus de l'ombilic. Un aide aspirait ensuite gaz et liquide en plus ou moins grande abondance, jusqu'à soulagement. 150 ponctions furent ainsi pratiquées, et c'est à ce moyen nouveau, dit l'un des consultants le plus autorisé, M. Bigelow, que le malade dut la prolongation de son existence. La paroi sus-abdominale était littéralement parsemée de ces piqûres, sans qu'aucune trace de péritonite ni d'accident quelconque s'en soit suivi. Quelques adhérences seules semblaient exister.

Ce cas est donc un exemple des plus significatifs de l'innocuité des ponctions aspiratrices et de leurs bons effets. (*Boston med. and surg. journal*, n° 21, novembre.)

Calcul de cholestérine. Il n'est pas absolument rare que des calculs biliaires, introduits dans l'intestin, déterminent des phénomènes d'étranglement et même la mort, comme dans un cas observé par M. Barth; le volume de celui-ci indique surtout un mode de pénétration peu connu.

Une femme de soixante dix-huit ans est prise d'une constipation opiniâtre, vers le 14 septembre 1875, puis de vomissements bilieux qui vont en augmentant malgré un purgatif prescrit le 16 par M. Ch. Martin. Pareils accidents étaient survenus dix-huit mois auparavant et, antérieurement encore, une crise de coliques violentes, sans jaunisse.

Du 17 au 19, les vomissements deviennent stercoraux. Pouls petit à 110, sans fièvre, yeux cernés, face cholériforme, refroidissement des extrémités, hoquets fréquents, ventre ballonné mais peu douloureux, excepté dans la fosse iliaque droite et sur le colon transverse. Malgré les pilules d'huile de croton et les lavements forcés, la constipation persiste.

Appelé le 19, M. Brouardel constate un empâtement volumineux, à forme cylindrique, dans la fosse iliaque droite. Purgatif de jalap et calomel ; massage prolongé du ventre, lavements avec une décoction de douze grosses gousses d'ail.

Il s'ensuit une congestion hémorrhoïdaire intense et, dès le lendemain matin, un corps dur, volumineux, est rendu au début d'une abondante débâcle de plus de six litres de matières dures, molles et liquides. La guérison fut immédiate.

Le corps dur était un gros calcul de cholestérine qui pesait encore 18 grammes huit jours après son expulsion. Il mesure 43 millimètres de long et une circonférence de 9 centimètres. Ses diamètres sont de 23 millimètres au maximum et 16 au minimum. Il figure au musée Dupuytren.

Comment un calcul si volumineux a-t-il pu passer sans accidents graves de la vésicule biliaire dans le gros intestin où il causait évidemment l'obstruction ? M. Houel infère de l'impossibilité de cette pérégrination à travers les voies biliaires et l'intestin grêle qu'il a dû passer directement de la vésicule dans l'intestin à la suite d'adhérences. C'est la seule interprétation rationnelle et une nouvelle preuve des efforts médicamenteurs de l'organisme pour vaincre les causes morbides de sa destruction. (*Soc. anatomique*, octobre 1875.)

Volvulus de l'S iliaque. Observé par M. Léger, interne dans le service du professeur Dolbeau, sur un homme et une femme de cinquante-et-un ans, tous deux habituellement constipés. L'absence de selles et de gaz depuis six à sept jours, et sa persistance, malgré les purgatifs et les lavements, font admettre un étranglement intestinal interne, aucune trace de hernie n'existant aux orifices. La femme n'a que des vomissements verdâtres, bilieux, sans odeur fécaloïde, et l'homme

n'en a pas du tout. Le ballonnement du ventre, très-marqué dans les deux cas, est plus saillant dans sa moitié droite, surtout chez l'homme, tellement que, devant la persistance de l'occlusion, M. Dolbeau pratiqua l'entérotomie sur ce point, à un centimètre environ au-dessus de l'arcade de Fallope. Chez la femme, le toucher rectal fait sentir tout à fait à la partie supérieure un point rénittent, resserré, que le doigt n'atteint qu'à grand'peine et qu'on ne peut bien délimiter à cause de sa hauteur.

Tels sont les signes particuliers constatés pendant la vie. L'autopsie montra une torsion identique de l'S iliaque sur elle-même. Cette lésion est assez rare, car M. Duchaussoy, dans son *Mémoire* de 1860, ne cite que deux observations semblables.

C'est dans ces cas que les lavements forcés paraissent surtout indiqués pour lever l'étranglement. On peut même tenter le cathétérisme du gros intestin. L'absence des vomissements stercoraux, avec ballonnement irrégulier du ventre, bombé surtout à droite, survenant à la suite d'une constipation habituelle, pourra faire soupçonner cette forme spéciale d'obstruction, surtout si le doigt perçoit dans le rectum une espèce de striction ne pouvant être attribuée à aucune altération organique. (*Soc. de biol.*, mars, et *Progrès méd.*, n° 11.)

OEDÈME. Sans en nier la cause par les vaso-moteurs, telle qu'elle résulte des expériences de M. Ranvier, en conformité avec la doctrine régnante des vaso-moteurs (V. *années* 1870-71, 72 et 74), le professeur Boddaert de Gand vient d'en mettre une autre en évidence par de nouvelles expériences. N'ayant point obtenu d'œdème en liant les jugulaires, même avec la section simultanée du sympathique cervical, il lia simultanément avec celles-ci leurs vaisseaux satellites, et l'œdème se produisit dans toutes les expériences. L'examen du liquide épanché par les procédés les plus rigoureux y fit aussi reconnaître la présence de la lymphe plus ou moins mélangée de sang. (*Recherches expérimentales sur la part qui revient au degré de perméabilité des voies lymphatiques dans la production de l'œdème*, par M. Boddaert, professeur de physiologie à l'Université de Gand. Brochure in-8°, Gand, 1875.)

Voilà donc la source de l'œdème remise en question, de par les expérimentateurs, comme aux premiers jours. Après avoir été attribuée, pendant de longues années, à l'embarras ou l'obstruction de la circulation veineuse, suivant la doctrine de Lower, puis aux vaso-moteurs, selon la doctrine régnante, l'œdème se produisant en liant le nerf principal de la région, voici qu'elle est contredite et infirmée à son tour. C'est revenir à la doctrine première d'Aselli qui, rapportant tout à sa grande découverte des lymphatiques, faisait dépendre les hydropisies d'une effusion de lymphe causée par la rupture de ces vaisseaux.

C'est une fois de plus la preuve que l'expérimentation ne donne souvent pas plus de certitude que la déduction de l'observation clinique aidée de l'anatomie pathologique. On cherche une cause et les résultats varient suivant les expériences et les expérimentateurs, car cette cause est souvent multiple et on veut la voir unique. D'après l'expérimentation même, il faut reconnaître ainsi que celle de l'œdème participe à la fois de la gêne de la circulation veineuse et lymphatique et des vaso-moteurs. C'est le dernier mot de la science positive à cet égard.

Œdème de la glotte. Un accident rare et peu connu de l'angine tonsillaire simple est signalé par le docteur Richard (de Belfort). Un jeune engagé volontaire présentait, outre le gonflement des amygdales, un peu d'œdème du pilier antérieur droit. Pas d'aphonie, un peu de nazonnement. Des gargarismes et une application d'alun avaient diminué ces accidents, le lendemain, lorsque le malade, occupé à faire ses paquets dans le baraquement pour son départ, fut saisi de suffocation, s'assit sur son lit, appela à son secours, fit des efforts violents et infructueux d'inspiration et mourut en moins de quinze minutes.

L'autopsie démontra un boursouflement œdémateux du repli aryténo-épiglottique droit. Distendu par de la sérosité épaisse citrine, il avait obstrué l'entrée du larynx en se repliant et en interceptant le passage de l'air, maintenu dans cette position par les efforts inspiratoires, et avait déterminé l'asphyxie. Cet accident redoutable est à peine signalé dans les traités classiques.

Un cas analogue a été observé par M. Brouardel, chez un

externe de M. Cusco qui présentait un peu d'aphonie pendant une amygdalite légère ; le laryngoscope montra une glotte œdématiée. L'œdème augmenta, et, pendant trois jours, des accès de suffocation rendirent la trachéotomie imminente. Cependant le malade guérit. Mais, pris une seconde fois d'une angine légère, il succomba en quelques heures avec les signes d'un œdème aigu de la glotte. (*Soc. médicale des hôpitaux*, juin.)

Ces faits montrent l'urgence d'examiner la gorge et la nécessité de se tenir à la portée du malade pour pratiquer immédiatement la trachéotomie au besoin.

Œdème aigu du larynx. A la suite de fatigues excessives et d'un refroidissement, un cocher ressentit soudainement une grande oppression avec troubles de la déglutition. L'examen laryngoscopique montra à M. Thornton une masse œdémateuse, à la place de l'épiglotte, avec aspect semblable des cartilages aryténoïdes. Deux saignées locales, pratiquées à peu d'intervalle, rendirent la respiration plus libre et la face moins livide. La guérison fut rapide, sauf un peu d'albuminurie consécutive.

Au lieu de voir là une laryngite aiguë, l'auteur n'aperçoit qu'une nouvelle espèce d'œdème qu'il propose d'introduire dans la nosologie, mais qu'il serait aussi rigoureux de confondre avec le précédent. (*Clin. Society of London.*)

ŒSOPHAGE. L'auscultation de cet organe, introduite par Hamburger (V. *année* 1868), doit se faire, suivant Elsberg, depuis l'apophyse proéminente de la septième vertèbre cervicale au cou jusqu'au niveau d'une ligne transversale réunissant les deux angles inférieurs de l'omoplate. Le stéthoscope doit être placé un peu à gauche de la ligne médiane au cou, et sur cette ligne médiane plus bas.

C'est pendant la déglutition d'un liquide plus ou moins épais que s'entendent les modifications du bruit laryngé, suivant qu'il y a rétrécissement, obstruction par un corps étranger ou dilatation de ce canal. Un bruit râpeux ou de frottement peut indiquer une inégalité de sa surface interne, comme dans le cas de plaie ou d'ulcération. Un anévrysme de l'aorte ou une exostose vertébrale peut diriger le bol alimentaire obliquement de haut en bas, et, par les signes

qu'il donne ainsi, le bruit de déglutition peut confirmer ces maladies. La régurgitation permet aussi de distinguer la nature du rétrécissement ; elle est instantanée dans les rétrécissements spasmodiques et plus lente dans ceux de nature organique. En étudiant ces signes et en perfectionnant ce mode d'investigation, on pourra donc en retirer d'utiles enseignements. (*Trans. of the amer. Assoc.*, 1875.)

Occlusion. Un homme de quarante-deux ans, ayant avalé un morceau de viande fibreuse qu'il ne pouvait mâcher, fut aussitôt pris d'une constriction douloureuse qui ne put être levée par les différentes tentatives faites pour extraire ce corps étranger ou le faire tomber dans l'estomac.

Pendant trois jours, le malade ne put rien avaler ; liquides et solides étaient arrêtés au niveau du tiers moyen de l'œsophage sans pouvoir franchir l'obstacle. Une sécrétion abondante et fétide s'écoulait par la bouche et il ne restait plus que le secours de l'œsophagotomie quand le docteur R. Pelliciotti fut appelé. Il eut alors l'idée de combattre le spasme de l'œsophage sur le corps étranger en pulvérisant, à la surface interne de cet organe, une solution de 3 grammes de bromure de potassium dans 150 d'eau distillée. L'effet en fut immédiat ; 30 grammes étaient à peine employés que la constriction se dissipait et que le patient put aussitôt avaler sans difficulté un grand verre d'eau. Il n'y eut pas d'accidents consécutifs. (*Il Morgagni*, février.)

Œsophagotomie externe. Moins heureux que dans le cas précédent, le docteur Cazin, de Boulogne, fut obligé de recourir à cette grave opération, chez une jeune fille qui avait avalé un os de bœuf assez volumineux, malgré toutes les tentatives de refoulement et d'extraction. Mais l'opérée présentant une hypertrophie notable de la glande thyroïde, la dissection de son lobe latéral, proposée par M. Duplay pour arriver plus facilement à l'œsophage, offrit des difficultés réelles.

De plus, l'œsophage ouvert, une grande résistance se rencontra pour l'extraction du corps étranger. A défaut d'un instrument pour fragmenter l'os, comme un fort davier par exemple, le chirurgien, au lieu de courir les chances de léser davantage les parois de l'œsophage, eut

recours à un moyen ingénieux qu'il avait vu employer par Velpeau pour retirer un verre brisé du vagin d'une femme. Il passa un morceau de linge roulé par l'ouverture de l'œsophage et, les chairs ainsi protégées, le corps étranger put être extrait sans danger avec la pince.

Deux autres modifications importantes de cette opération ont été la suture séparée des deux tuniques du conduit œsophagien, comme l'avait pratiquée M. Colin dans ses expériences sur les animaux. On assure ainsi la parfaite coaptation des surfaces saignantes et la suture interne se trouve à l'abri des contractions musculaires de la couche externe.

L'absence de ces contractions a encore été favorisée en laissant une sonde à demeure dans les narines, pour l'alimentation, pendant les premières vingt-huit heures. Elle n'a pas été trop pénible et n'a provoqué ni nausées, ni troubles de la respiration, en la plaçant dans la rainure latérale du pharynx. En soustrayant ainsi la ligature au contact des liquides ingérés, à celui d'une introduction répétée, et en imposant un repos entier à l'organe, M. Cazin a obtenu un succès complet. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Passage des aliments dans les voies respiratoires. Ce redoutable accident, peu connu, a été observé à la suite d'un cancer épithélial de l'œsophage, chez un homme de 55 ans, admis le 26 avril à l'hôpital général du Massachusetts. Traité par la dilatation, le rétrécissement s'améliora d'abord, mais bientôt la toux apparut, avec aphonie consécutive, et la dyspnée fut telle que la trachéotomie dut être pratiquée. Une expectoration purulente persista, et l'opéré succomba le 14 octobre.

L'autopsie montra, au docteur Fitz, qu'une broncho-pneumonie gangréneuse aiguë, résultant du passage des aliments dans les voies aériennes, avait déterminé la mort. L'obstruction de l'œsophage, produite par une masse cancéreuse dense, d'un blanc grisâtre, ulcérée, commençait au-dessous du cartilage cricoïde, presque au point correspondant avec la bifurcation de la trachée, à laquelle le cancer s'étendait en arrière. Le canal alimentaire défléchi n'avait plus que trois lignes de diamètre. Le pneumo-gastrique droit était intriqué dans la masse cancéreuse, et à gauche dans les loges d'un

abcès gangréneux du volume d'un œuf, communiquant avec l'œsophage par une ouverture fistuleuse, placée au-dessus de l'obstruction. (*Boston Soc. for med. observation,* octobre.)

Rétrécissement cicatriciel. V. GASTROTOMIE.

OPÉRATIONS. *Emploi de la neige.* Elle agit comme hémostatique et anesthésique à la fois, suivant le docteur Hasse. Pratiquant la trachéotomie en hiver, alors qu'il tombait de la neige, il s'en servit comme éponge, en recouvrant la plaie, pendant quelques secondes, d'une poignée de neige bien légère. Elle s'enfonce dans les excavations et les replis de la plaie, de manière à en donner une empreinte nette et exacte quand on la retire ; la plaie reste pendant quelque temps sans trace de sang et en même temps assez insensible. La neige aspire le sang épanché beaucoup plus complétement qu'une éponge ; elle agit ensuite comme astringent sur les capillaires coupés, tant par la compression égale et uniforme qu'elle produit par sa masse que par le froid qui lui est inhérent ; de même qu'elle diminue ou annihile la sensibilité des nerfs.

En renouvelant donc, de temps en temps, cette application de neige, on obtient un champ opératoire complétement exsangue, ce qui permet de terminer plus vite, plus sûrement l'opération, et de prolonger moins longtemps l'anesthésie.

La neige bien légère peut seule servir à cet usage ; pour l'obtenir telle, il faut l'enlever avec précaution de terre sur une pelle mince et la déposer doucement sur un vase plat. On ne peut donc s'en servir qu'en hiver.

Insufflation préalable. Elle consiste dans l'introduction d'une certaine quantité d'air dans le tissu cellulaire souscutané et inter-musculaire pour faciliter certaines opérations, notamment l'extirpation des tumeurs. On la pratique en perforant obliquement, avec la pointe d'un trocart, un pli fait à la peau de la région à opérer. Une pompe foulante étant adaptée au trocart, on introduit l'air à volonté. On isole ainsi les diverses couches de tissu cellulaire souscutané. Le même procédé a lieu pour les couches profondes. Les organes ou les parties malades sont ainsi

isolées, de même que les vaisseaux, nerfs, tendons, compris dans la dégénérescence, ce qui en facilite la dissection ou l'énucléation. Les opérations sont ainsi rendues plus faciles, plus sûres et rapides. Des organes importants, comme l'intestin dans la hernie étranglée, peuvent ainsi être respectés. Sans doute, il en résulte un peu d'emphysème, mais celui-ci peut toujours être limité facilement.

Découverte par le professeur Aguilar de Buénos-Ayres, cette méthode a été employée avec succès dans sa clinique chirurgicale dans 10 hernies étranglées, 3 adénomes axillaires se prolongeant entre les branches du plexus brachial. Un rameau volumineux de l'artère axillaire, accompagné de veines nombreuses, alimentait ces tumeurs, et tous ces organes ont pu être évités et liés plus sûrement par l'insufflation. De même, les artères linguales et faciales, le grand hypoglosse et les muscles, ont pu être découverts et respectés dans l'extirpation d'un adénome sous-maxillaire. Pour l'ablation d'un épithélioma de la lèvre inférieure, intéressant le périoste et les muscles, et deux résections du maxillaire inférieur, la dissection a été rendue si facile que la peau voisine a pu être conservée et recouvrir la perte de substance. Un adénome de la parotide et la ligature de la carotide primitive, dans un cas d'anévrysme, ont aussi été opérés par ce procédé ainsi que deux cancers du sein, un éléphantiasis du scrotum et la ligature de l'humérale. Dans trois cas de blessure de l'avant-bras, l'insufflation permit de lier l'artère au pli du coude et d'éviter ainsi la veine située au devant. En tout 29 opérations des plus délicates sans aucun inconvénient de l'emphysème produit. (*Rev. méd. chirurg. de Buénos-Ayres*, 1875.)

Précis d'opérations de chirurgie, par le docteur J. Chauvel, médecin-major, agrégé de médecine opératoire au Val-de-Grâce, avec figures dessinées par le docteur E. Charvot.

OPÉRATION CÉSARIENNE. Elle a été pratiquée avec succès, pour la mère et pour l'enfant, par le docteur Novi, de Naples, sur une rachitique de trente-deux ans dont le bassin était en forme de *linterna*. Les branches horizontales du pubis, déprimées l'une contre l'autre, correspondaient avec les diamètres suivants :

Sacro-pubien	7 pouces	
Bis iliaque	9 —	
Pubo-coxygien	3 —	1/2
Bi-ischiatique	10 lignes	
Base de l'arc pubien	6 —	

L'incision n'eut lieu qu'après la rupture de la poche des eaux.

Sur 27 opérations de ce genre, faites à Naples depuis 1791, c'est le second cas seulement qui a été heureux pour la mère : 25 ont succombé, tandis que tous les enfants ont été extraits vivants. Cette statistique est donc la pire de toutes celles qui ont été faites pour les mères et la meilleure pour les enfants. (*Il Morgagni.*)

Souffle puerpéral. Un seul moyen existe, suivant M. Depaul, de trancher définitivement et irrévocablement la question du siége du bruit de ce souffle. Il faudrait, dans le courant d'une opération césarienne, au moment où le globe utérin est mis à découvert, l'ausculter rapidement : on saurait alors si oui ou non le souffle se passe dans le tissu même de la matrice ou en dehors. Cette petite manœuvre est très-facile à exécuter, elle ne peut avoir aucune conséquence fâcheuse pour la mère ni pour l'enfant ; il est donc à souhaiter qu'elle soit pratiquée dès que l'occasion s'en présentera. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Hémorrhagie. Étant devenue incoercible après une opération césarienne pratiquée pour un rétrécissement extrême du bassin, le professeur Porro, de Pavie, eut recours à un moyen extrême et qui n'avait peut-être jamais été employé. Tous les moyens restant vains, il appliqua une ligature près du col et réséqua toute la portion de l'utérus placée au-dessus. L'opérée guérit et fut présentée au Congrès de Turin auquel cette intéressante communication a été faite.

OPHTHALMIE SYMPATHIQUE. *Section des nerfs ciliaires et optique.* L'énucléation de l'œil blessé, surtout quand il y a pénétration d'un corps étranger à l'intérieur, étant proclamée en principe, et reconnue indispensable pour la conservation de l'œil sain, il reste à faire entrer cette opération dans la pratique courante. Les malades ont peine à accepter une mesure si radicale et terrible, lorsqu'ils

ne comprennent pas surtout les conséquences qui peuvent résulter de son inexécution. Aussi doit-on accueillir la proposition de la remplacer par la section des nerfs ciliaires et du nerf optique en arrière de l'œil, faite par M. Boucheron. Voici, d'après les expériences faites sur le chien, le lapin et le cobaye, le procédé opératoire qu'il emploie.

La conjonctive et la capsule de Ténon étant divisées entre le muscle droit externe et le droit supérieur, à un centimètre de la cornée, il pénètre avec des ciseaux courbes entre la capsule et l'œil. Attirant alors en avant le globe oculaire avec de fortes pinces à griffes, le nerf optique est tendu de manière que les ciseaux le touchent, comme une corde rigide. Il est sectionné à petits coups ainsi que les nerfs et les artères ciliaires. L'hémorrhagie en résultant s'arrête vite par la compression de l'œil.

Pour s'assurer que la section des nerfs ciliaires est complète, on peut alors agrandir l'ouverture de la capsule et, en saisissant la sclérotique dans l'hémisphère postérieur du globe avec une seconde pince à griffes, faire basculer l'œil d'arrière en avant. Rien ainsi ne peut échapper.

La conservation des muscles droits, des vaisseaux et des nerfs, permet le rétablissement de la circulation et le maintien du globe en place, à en juger du moins par les cas de traumatisme accidentel des nerfs optique et ciliaires. C'est donc une expérience à tenter. (*Soc. de biol.*, juin.)

L'énucléation est aussi recommandée et pratiquée par M. D. Mollière contre le phlegmon de l'œil et dans sa première période, comme le plus sûr moyen d'arrêter *immédiatement* les douleurs ordinairement atroces qu'il provoque et les complications qui peuvent s'ensuivre. Il la préfère de beaucoup au débridement. L'hémorrhagie est moindre que dans les autres cas. Les accidents et même la mort, arrivés consécutivement à cette opération, ne pouvaient être dus qu'à une phlébite cérébrale que l'on prévient en pratiquant de bonne heure l'énucléation. Sur quatre observations citées, il n'a observé aucune complication. (*Soc. des sciences méd.*, mars, et *Lyon méd.*, nº 26.)

OREILLE. *Valeur de son examen médico-légal.* Les Allemands sont très-prompts à poser des lois absolues que le moindre examen suffit parfois à infirmer. Wreden a sou-

tenu ainsi que la présence de l'air dans la caisse du tympan, à la place du coussinet muqueux qui s'y trouve pendant la vie intra-utérine, est une preuve médico-légale qu'il a respiré aussi sûre que la docimasie pulmonaire. (V. *année* 1875.)

M. Ogston, ayant examiné le fait dans 15 autopsies, a trouvé que cette assertion était complétement erronée. Sur 6 enfants de quatre à quatorze semaines, 3 seulement ont présenté de l'air dans l'oreille. C'était un mélange d'air et de liquide chez 2 autres et du mucus sans air chez le dernier qui avait vécu deux mois. Chez les 9 nouveau-nés, on ne trouva que trois fois de l'air dans la caisse, bien que les poumons fussent aérés. Ce prétendu signe de respiration serait donc sans valeur. (*British and foreign med. Review*, octobre 1875.)

Mais le docteur Gellé a rétabli au contraire ou plutôt confirmé, dans un long mémoire avec planches, toutes les propositions de l'auriste allemand, comme s'il l'avait traduit. L'oreille moyenne du fœtus est pleine d'un magma gélatiniforme, tandis que la respiration, en y faisant pénétrer l'air, fait bientôt disparaître celui-ci. La présence de l'air doit donc toujours coïncider avec celle de l'air dans le poumon *et vice versa* et, à défaut du poumon, l'examen de l'oreille peut en tenir lieu pour affirmer ou nier la vie.

Mais cet état naturel peut être modifié par certaines conditions qui en altèrent la précision et la clarté séméiologiques. Le catarrhe auriculaire congénital, par exemple, en s'opposant à la libre entrée de l'air, obscurcit ce signe de la respiration pulmonaire. L'insufflation artificielle et forcée du nouveau-né peut déterminer la présence d'un liquide séro-sanguinolent mêlé d'air. La mort par hémorrhagie peut produire aussi, par l'anémie qui en résulte, un vide auriculaire qui modifie l'état fœtal, de même que l'asphyxie criminelle ou non au moment même de l'expulsion. C'est probablement à des cas de ce genre que l'observateur anglais a eu affaire. Mais ce sont là des exceptions qui ne diminuent pas la valeur de la règle découverte par Wreden et rééditée en France par M. Gellé. (*Tribune méd.*) Voy. SURDITÉ.

OREILLONS. *Troubles visuels.* Un soldat du 12e cuirassiers, entré à l'hôpital militaire de Lyon avec deux oreillons

énormes, alors qu'une épidémie sévissait parmi la garnison pendant l'hiver de 1875-76, se plaignit de troubles de la vue qui furent attribués à une conjonctivite simple, dont on remarquait les signes. Mais la vue étant encore plus brouillée, le lendemain, l'emploi de l'ophthalmoscope montra à M. Hatry, médecin-major, des symptômes insolites qui furent observés chez neuf autres malades. Tout d'abord, la vue n'est pas ou peu diminuée et il n'y a aucun signe objectif ni subjectif autre que le volume des veines et des artères du fond de l'œil, mais bientôt l'acuité visuelle diminue; une conjonctivite palpébrale se montre sans injection du bulbe. La papille s'hyperémie, et l'on aperçoit un léger cercle d'infiltration autour. Tous ces signes s'accentuent dans un troisième degré, et les symptômes fonctionnels sont plus évidents et caractéristiques. La papille s'injecte et se distingue à peine de la choroïde, les veines sont flexueuses, turgescentes, les artères volumineuses et à double contour. Le pouls veineux est perceptible. Un vaste cercle d'infiltration recouvre la papille et l'origine des vaisseaux. L'acuité visuelle est très-diminuée, parfois la notion des couleurs est altérée, comme chez le premier malade. Une sensation de brouillard ou de fumée recouvre tous les objets, avec photophobie, photophopsie, vertiges et larmoiement, injection palpébrale et bulbaire, avec sensation de gravier et gonflement des paupières supérieures.

Dix observations cliniques servent de base à ce tableau symptomatique. La cause en est, suivant l'auteur, dans le développement considérable des oreillons, qui, en développant un énorme afflux sanguin autour de la parotide, compriment les vaisseaux du cou et déterminent consécutivement des congestions dans les cavités intra-crâniennes et intra-oculaires. D'où les troubles visuels et cérébraux observés, au point de simuler la méningite dans quelques cas, ou des attaques hystériformes dans d'autres.

Le caractère mécanique de ces accidents semble démontré par leur durée passagère et leur peu de gravité. Ils disparaissent ordinairement avec le gonflement de la parotide, c'est-à-dire en quinze à vingt jours au plus. Ce n'est que par exception, que la congestion papillaire a persisté plus longtemps chez le premier malade qui a servi de type aux autres. La déplétion sanguine des oreillons, dans la période inflam-

matoire, est ainsi le meilleur moyen de les prévenir et de les combattre. (*Recueil de méd. et pharm. militaires*, juillet-août.)

OS. Des études expérimentales et comparatives, faites sur leur poids et leur composition aux divers âges de l'homme et des animaux, résumées par le docteur G. Delaunay, il résulte que *les proportions de matière minérale et de carbonate de chaux* sont plus grandes chez les espèces supérieures que chez les inférieures, chez le mâle que chez la femelle, chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, — du côté droit que du gauche, dans le train inférieur que dans le supérieur, dans les os de la vie animale que dans ceux de la vie végétative. Ces proportions sont donc augmentées par toutes les circonstances qui influent en plus sur l'évolution et l'on peut dire qu'elles sont *en raison de l'évolution.*

De plus, elles sont accrues par l'alimentation et le fonctionnement qui augmentent la nutrition, et diminuées par le jeûne, la paralysie, le défaut d'exercice qui l'affaiblissent : elles sont donc *en raison directe de la nutrition.*

Au contraire, *la proportion de matière organique*, étant plus grande chez les espèces et les races inférieures, le sexe féminin, l'enfant, le vieillard, — du côté gauche, dans le train supérieur, dans les os de la vie végétative, est *en raison inverse de l'évolution.*

En outre, cette proportion, étant accrue par le jeûne, la paralysie, le défaut d'exercice et diminuée par l'alimentation et le fonctionnement, est *en raison inverse de la nutrition.*

Les caractères physiques (poids, densité) et chimiques (proportions des matières minérales, organiques, du carbonate de chaux) sont donc en raison directe ou en raison inverse de la nutrition et de l'évolution. (*Trib. méd.*, décembre.)

Allongement et raccourcissement. Une opération nouvelle a été exécutée par M. Ollier, contre la déformation résultant de cette inégalité de deux os longs. Une ostéite ayant arrêté l'accroissement de cet os, alors que le péroné continuait le sien, l'extrémité supérieure de celui-ci se luxa, et l'inférieure, en repoussant le calcanéum, détermina un varus d'un nouveau genre. Contre ce pied-bot en dedans, M. Ollier excisa une tranche cunéiforme des deux carti-

lages juxta-épiphysaires. Le péroné se ralentit ainsi dans son accroissement, et, deux ans après l'opération, le malade, soumis à la Société de médecine de Lyon, le 22 novembre 1875, présentait un raccourcissement de 15 millimètres de ce péroné sur celui du côté opposé, avec redressement du pied rendant la marche possible.

M. Delore oppose à ce fait un résultat analogue obtenu d'une manière peut-être plus certaine. Un enfant avait une nécrose de la partie centrale du tibia, ayant déterminé un allongement considérable de cet os, ce qui le faisait marcher sur la malléole interne du pied malade. M. Delore enleva la nécrose par la section d'un segment complet du tibia. Un bandage maintint le membre, et l'opéré guérit en quarante jours avec un membre rectiligne et un pied redressé. Il n'y a pas crainte de provoquer ainsi une arthrite dangereuse, comme avec la résection, même partielle, des cartilages articulaires. (*Lyon méd.*, n° 50, 1875.)

OSTÉO-MYÉLITE. *Trépanation.* Elle n'est plus seulement employée contre les abcès épiphysaires des os et l'ostéite condensante à forme névralgique, telle qu'elle était limitée jusqu'ici. M. Ollier étend l'emploi de cette trépanation à tous les cas d'ostéo-myélite douloureuse, dès que les antiphlogistiques, les révulsifs, iodure de potassium, injections de morphine, large débridement périostique, n'ont pu faire cesser ces élancements nocturnes d'éclatement *de l'os.* La nature inflammatoire l'indique surtout. Les traces d'une ostéite ancienne peuvent servir au diagnostic. Elle prévient alors ou arrête les accidents les plus graves et même mortels. Elle calme les douleurs en débridant la moelle comprimée.

Dans les cas anciens d'ostéite, le trépan traverse une couche plus ou moins épaisse et éburnée de l'os pour parvenir dans le foyer médullaire ; la guérison spontanée est alors presque impossible par la résistance des parois. Au contraire, l'os est plus ou moins raréfié et facile à traverser dans les cas récents. La paroi s'usant par médullisation progressive de dedans en dehors, le foyer peut s'ouvrir sous le périoste ou à l'extérieur.

On rencontre soit une masse fongueuse, baignant dans une sérosité louche ou sanguinolente circonscrite en foyers,

soit une moelle dure, gélatineuse, jaunâtre ou rougeâtre, sclérotisée ou cloisonnée par des trabécules osseux ou un tissu spongieux, soit enfin du pus plus ou moins épais, dans une cavité lisse ou infiltrée dans le tissu spongieux. Le soulagement le plus rapide est obtenu dans cette dernière forme, mais beaucoup plus lent dans les autres.

Sur 19 cas, il y avait 8 fois du pus, et 10 fois les altérations signalées plus haut, avec une cavité distincte et régulière dans 3 seulement. La lésion était diffuse dans les 7 autres. Une grande quantité de sang fut rencontrée dans une ostéo-myélite aiguë du fémur que cette saignée locale arrêta immédiatement.

Dans la plupart des cas, la trépanation a changé immédiatement le type et le caractère de la douleur qui se dissipe peu à peu ensuite, à mesure que la suppuration se tarit et que l'élimination des parcelles nécrosées a lieu. Deux opérés seulement sont morts de pyohémie, l'un par les progrès du mal, l'autre, deux mois après l'opération, par suite de l'infection nosocomiale. (*Acad. des sciences,* septembre.)

OSTÉOTOMIE. Opération consistant à exciser une portion, sinon une parcelle d'os, dans le cas de difformités rachitiques, pour redresser celui-ci. Employée primitivement en France, il y a quarante ans, par Jobert et M. J. Guérin, sans avoir réussi à s'introduire dans la pratique, elle a eu plus de succès ensuite à l'étranger. En Angleterre et surtout en Allemagne, elle est entrée dans la pratique courante des chirurgiens, dans ces dernières années, en subissant d'importantes modifications opératoires qui paraissent en avoir notablement perfectionné les résultats. La scie, qui servait à faire les sections osseuses, a été remplacée par le ciseau et le maillet. Il n'y a plus ainsi de sciure d'os dont chaque particule, métamorphosée en corps étranger, restait dans la plaie et suffisait à la faire suppurer par sa seule présence. Aujourd'hui, une incision très-petite sur la convexité de l'os, le met à nu, et, avec le ciseau et le maillet, on en enlève un morceau, en forme de coin, dont l'angle aigu regarde la concavité du membre. D'autres fois, on amincit l'os jusqu'à ce qu'il soit assez faible pour céder au redressement. Le membre, placé droit dans un appareil approprié, y est maintenu jusqu'à consolidation parfaite.

9 applications de cette méthode faites par le docteur J. Bœckel (de Strasbourg) sur 6 malades, lui ont donné 9 succès, et, sur 34 autres faits analogues qu'il rapporte, il n'y eut non plus aucun insuccès. C'est presque merveilleux et c'est pourquoi l'auteur, en communiquant ces faits à la Société de chirurgie, s'en montre l'un des plus chauds partisans. Mais leur examen suffit à en diminuer l'importance. Un seul adulte a subi quatre de ces opérations pour un cal anguleux du tibia. Les cinq autres malades étaient de petites filles rachitiques, de deux à sept ans. Or, la maladie ne siégeant pas exclusivement, et surtout à cet âge, dans l'os déformé, mais dans tout le squelette, il n'y a pas lieu d'intervenir par une opération sur cet os même. L'envoi au bord de la mer et un régime tonique, aidés de la flexion progressive par des appareils appropriés, suffisent à redresser ces membres difformes dans la plupart des cas. M. Marjolin cite ceux de véritables culs-de-jatte qui, envoyés à Berck-sur-Mer, ont obtenu un redressement complet.

Il y a donc une grande distinction à établir dans les cas de courbures rachitiques des os, quant à l'application de l'ostéotomie. Tant que les os sont mous, flexibles, il y a lieu d'en tenter le redressement par les appareils. Or, ce n'est guère qu'au-dessus de dix à douze ans, que les os ayant acquis plus de consistance calcaire, il n'y a plus lieu de compter sur ce moyen. Si la courbure reste stationnaire malgré le temps, les bandages, les appareils et le redressement, l'ostéotomie est alors indiquée. Elle n'est une bonne opération que dans ce cas. M. Le Fort veut même qu'elle ne soit pas pratiquée au-dessous de treize à quatorze ans chez les enfants qui ne peuvent marcher. Si les faits prouvent qu'elle n'est pas aussi grave qu'on l'a cru en France, il n'en est pas moins avéré qu'elle est parfois suivie de mort. Sur 38 ostéotomies, faites sur des adolescents ou des adultes pour ankylose, il y a eu 10 morts, d'après Nussbaüm. Au contraire, sur 34 ostéotomies pour rachitisme, il n'y en a pas eu une seule. L'ostéotomie pratiquée sur les jeunes rachitiques est donc rangée parmi les opérations inutiles et de complaisance, par M. Verneuil. Il est heureux, pour l'honneur de la chirurgie française, de ne pas voir ses collègues imiter les chirurgiens étrangers dans ce qu'ils appellent le progrès. Explorer les organes abdominaux en introduisant le bras entier dans le

rectum, comme on l'a fait récemment en Allemagne, enlever le larynx comme l'a fait Billroth, extirper le pylore cancéreux comme va le proposer M. Gussenbauer, faire l'ostéotomie sur des petits rachitiques qui guériraient sans cela, n'est pas de la vraie et saine chirurgie. (*Soc. de chirurgie*, mars.)

Ostéotomie sous-cutanée. *Opération d'Adams.* Celle-ci consiste, comme on sait, dans la section sous-cutanée du col du fémur. Quoique appliquée auparavant au genou par un autre chirurgien anglais, cette opération a conservé le nom d'Adams. (V. *année* 1870). Elle est fréquemment employée aujourd'hui en Angleterre. C'est ainsi qu'à l'Infirmerie de Manchester, E. Lund l'a pratiquée, en 1875, dans une double ankylose vicieuse de l'articulation coxo-fémorale, suite de rhumatisme, chez un garçon de vingt ans qui ne pouvait se servir de ses membres inférieurs. Le redressement brusque par fracture du col ayant été vainement tenté, il eut recours à l'opération d'Adams, en employant la scie à chaîne de préférence au ciseau des Allemands, mais en opérant sous le nuage phéniqué et en employant ensuite le pansement de Lister.

Vingt-quatre jours après, il imprima des mouvements à la cuisse pendant la chloroformisation, afin de déterminer une fausse articulation que l'extension avec des points aida à produire.

Ce résultat étant obtenu du côté gauche, la même opération fut répétée à droite, quatre-vingt-quatre jours après, avec un égal succès. L'opéré put ensuite s'asseoir facilement, le tronc restant bien perpendiculaire au siége, et marcher avec des béquilles. (*British med. journ.*, janvier.)

Division sous-trochantérienne. Cette modification a été pratiquée dans un cas analogue, par M. Maunder, sur un garçon de huit à neuf ans, atteint de coxalgie double et dont la cuisse gauche était fixée à angle droit avec la colonne vertébrale et la tête du fémur placée sur le dos de l'ilium. La ténotomie et la division sous-cutanée du col du fémur de M. W. Adams ayant été pratiquées sans diminuer la difformité, M. Maunder résolut de diviser le fémur audessous du petit trochanter. Mais, au lieu d'employer la

scie à chaîne pour cette section, il donna la préférence aux ciseaux et au maillet comme M. Bœckel. La ponction des parties molles étant faite avec un bistouri à double tranchant, de manière à ne pas communiquer directement avec la section osseuse, il attaque le fémur avec le ciseau en introduisant successivement trois modèles différents pour sa division complète. Mettant ensuite le membre dans l'érection, il le place dans une gouttière en protégeant la plaie d'ouverture qu'il suture au besoin et recouvre d'un bandage simple.

Répétée successivement, à vingt mois d'intervalle, sur les deux fémurs de l'enfant en question, cette opération lui a rendu l'usage de ses deux membres. Soumis à la Société clinique de Londres, le 12 mai, il a pu se tenir debout, ses deux membres inférieurs parallèles avec une certaine mobilité, qui, selon la remarque de M. Heath, se passait principalement dans la région lombaire.

La même opération a été pratiquée avec le même succès sur un garçon de 21 ans qui souffrait d'une affection de la hanche depuis dix-sept ans avec un écoulement fistuleux. Un matelot de trente ans, qui s'était fracturé la cuisse en mer, et dont la consolidation s'était opérée vicieusement à défaut de soins, présentait un angle obtus du membre avec éversion complète du pied qui l'empêchait de continuer son métier. Le fémur fut divisé à sa partie supérieure et le pied replacé dans sa position normale. En six semaines, la réunion était complète et le membre assez utile pour permettre à cet homme de gagner sa vie.

Quant au lieu de division de l'extrémité supérieure du fémur, il dépend de l'altération ou des lésions des parties. Celle du col, comme la pratique M. Adams, ne convient que quand la tête de l'os est restée dans sa cavité, sans altération de la substance osseuse. Autrement, l'usage étendu de la scie, en mettant de larges substances osseuses en contact, empêche le replacement du membre dans la position voulue et ne donne ainsi que des résultats imparfaits. Les maladies de la hanche avec altération de l'os, déplacement du fémur, ankylose fibreuse, raccourcissement des muscles et difformité du membre, n'en sont pas plus justiciables, suivant M. Maunder. Mais il est contredit, dans cette appréciation, par M. Bryant qui, dans quatre cas

d'ankylose, dont trois suite de scrofule et un de pyohémie, obtint un bon résultat avec l'opération d'Adams, malgré le déplacement de la tête du fémur sur le dos de l'ilium chez deux sujets.

Cette opération conviendrait donc spécialement contre les affections osseuses de la tête du fémur ou de son articulation, et dans les cas où il s'agit de corriger une grande difformité à la suite de fractures ou de maladies de la hanche, suivant M. Sydney Jones. Mais l'usage de la scie a été jugé généralement préférable à celui du ciseau pour cette division qu'il convient essentiellement de pratiquer au-dessous des insertions des muscles psoas et iliaque, lesquels, par leur contraction, pourraient s'opposer au replacement de l'os dans une position convenable. (*Clinical soc.*, 12 mai.) Le fait que ce ciseau, en sectionnant nettement l'os sans laisser de débris, comme la scie, dans l'intérieur de la plaie, lesquels sont une source de suppuration et de dangers, milite cependant en faveur de la préférence à lui accorder dans cette opération.

Ces succès et bien d'autres n'ont pas prévalu jusqu'ici en France contre la rupture artificielle des brides osseuses ou du col du fémur, par l'exagération du mouvement de flexion, sans exercer cependant un grand déploiement de forces. C'est ainsi qu'un exemple remarquable en était rapporté par M. Tillaux l'année dernière. Deux nouveaux succès de redressement des genoux sur des adolescents, par la méthode de M. Delore, c'est-à-dire par fracture, obtenus par le même, plaident en faveur de cette méthode, car une fracture produite dans ces conditions est bien préférable à la meilleure des ostéotomies. (*Soc. de chir.*, 5 juillet.)

C'est à l'une et à l'autre de ces méthodes que M. W. Adams a eu recours dans une ankylose des deux coudes, suite de rhumatisme. Il parvint à la détruire par la flexion forcée du côté droit. N'ayant pu réussir de même du côté opposé, il appliqua son procédé d'ostéotomie sous-cutanée déjà employé avec succès pour d'autres articulations. Le malade étant chloroformé, le 3 novembre 1875, il divisa l'humérus juste au-dessus du condyle, après quoi l'avant-bras fut placé à angle droit dans une gouttière rectangulaire. Quinze jours après, les mouvements passifs furent commencés et ont continué ensuite. L'opéré a pu être

soumis, le 24 janvier, à la Société de médecin de Londres dans un état satisfaisant et comme le premier cas de succès de l'ostéotomie sous-cutanée appliquée à l'ankylose du genou. La récidive est malheureusement encore à craindre en raison du peu de temps écoulé. (*Lancet*, n° 7, février.)

OVARIOTOMIE. Dans la statistique des 221 gastrotomies faites par M. Péan, de 1864 à 1875, figurent 149 ovariotomies dont voici les résultats :

142 ovariotomies pour des kystes d'un seul ovaire ont donné 110 succès et 32 morts, soit 77, 4 0/0 de guérisons.

4 ovariotomies doubles pour des kystes siégeant à la fois sur les deux ovaires ; il y a eu 2 guérisons.

2 ovariotomies faites contre des kystes dermoïdes de l'ovaire ont donné 2 guérisons.

L'ovariotomie pratiquée contre un kyste fibro-cystique de l'ovaire gauche avec complication d'une double grossesse extra-utérine, d'ascite, et d'exomphale, a guéri.

C'est donc, en résumé, 115 guérisons pour 149 ovariotomies.

24 extirpations de tumeurs kystiques du ligament large n'ont donné que 13 succès.

Les 48 autres gastrotomies n'ont rencontré que des tumeurs diverses de l'utérus ou des organes adjacents dont il n'y a pas à tenir compte ici.

L'ablation des ovaires dans ces 149 cas a été totale ou partielle, suivant que les adhérences ou la suppuration le permettaient, sinon l'absence du pédicule. 16 fois il n'a été possible d'extirper qu'en partie cet organe, sans que l'auteur en indique particulièrement le résultat.

La nature du liquide s'est montrée ici comme partout d'une grande importance sur le résultat.

50 kystes	séreux ont donné	46	guérisons
48 —	visqueux —	37	—
18 —	sanguins —	13	—
31 —	purulents —	17	—

Les adhérences au contraire ne se sont pas montrées aussi fatales qu'on l'admettait.

30 kystes	non adhérents ont donné	29	guérisons
18 —	à adhérences partielles	17	—
55 —	à adhérences très-étendues	47	—
39 —	complétement adhérents	23	—

Au delà de soixante ans, aucune opérée n'a guéri. (Voy. CHIRURGIE.)

Ligature du pédicule. Au lieu de recourir systématiquement à l méthode intra ou extra-péritonéale, sinon mixte, que les ovariotomistes ont tour à tour préconisées, M. Hegar n'admet pas que l'on emploie exclusivement l'une ni l'autre, car elles ont leur indication selon les cas. On aura recours au clamp quand le pédicule est long et délié, car, dans ce cas, la cautérisation serait insuffisante parce que le pédicule renferme ordinairement un grand nombre de vaisseaux artériels. La cautérisation convient parfaitement, au contraire, quand le pédicule est court et épais ; on peut la remplacer par la ligature si elle n'est pas praticable. (*Die operative Gynækologie*, etc. Erlangen.)

Cautérisation du pédicule. Cette méthode, due à Baker-Brown, a été employée dans 50 cas sur 216 ovariotomies pratiquées par M. Thomas Keith, d'Édimbourg. Or, sur les 50 cas, il n'a eu que 4 décès, c'est-à-dire la proportion la plus faible qu'il ait encore obtenue, ce qui prouve en faveur de cette méthode. (*Lancet*, 15 avril.)

Kyste purulent de l'ovaire. Premier succès de l'ovariotomie, par le docteur Horion dans la province de Liége, sur cinq cas, et à propos duquel l'auteur en fait l'histoire, en montrant bien que l'habileté et les soins consécutifs du chirurgien sont, autant que la force de résistance des opérées, les principales conditions du succès. Sur trois opérées, à Paris, par M. Péan et venant de cette province, deux guérirent.

Cette observation est une nouvelle preuve du danger des ponctions. Il s'agissait d'une demoiselle de trente-sept ans, qui, depuis dix ans, était gênée du ventre. Il commença à gonfler du côté droit en 1872. Une tumeur y fut perçue un an après. Une péritonite partielle s'ensuivit en 1874. Le caustique de Vienne fut appliqué pour déterminer des adhérences et la ponction consécutive donna issue à un liquide brun chocolat épais. Malgré une injection iodée, le kyste se remplit de nouveau ; des péritonites se renouvelèrent et la vie de la malade était compromise si l'ovariotomie n'était

venue la débarrasser d'un kyste de l'ovaire droit, rempli de pus, extrait le 22 avril 1875. Au mois de juillet suivant, l'opérée avait repris ses travaux de fermière. (*Acad. de méd. de Belgique*, 1875.)

P

PANSEMENTS. Quoique chaque auteur vante exclusivement le sien comme le meilleur, on peut voir, par la statistique, que les bons résultats obtenus sont bien plutôt dus à l'habitude de l'employer et aux soins qu'y donnent personnellement leurs auteurs qu'à sa valeur intrinsèque. C'est aussi l'opinion de M. Berger. On voit de temps en temps, dit-il, paraître un nouveau mode de pansement antiseptique qui, sans supprimer absolument l'empoisonnement chirurgical, comme on se hâte souvent de le proclamer, donne ordinairement des résultats vraiment satisfaisants, du moins entre les mains de l'inventeur. A mesure que l'usage s'en répand, ce pansement est fait avec moins de soins, et bientôt il est accusé de ne pas réaliser les promesses qu'on a faites en son nom. Il en surgit alors un autre, destiné à parcourir les mêmes phases.

Au commencement de la guerre, on ne jurait que par le permanganate de potasse ; un peu après, le pansement ouaté a tenu la corde, et, tant qu'on l'a appliqué dans toute sa rigueur, il a donné des succès. Aujourd'hui, c'est le tour du pansement de Lister. (*Soc. méd. du VIe arrondissement.*)

Pansement phéniqué. Tandis qu'en 1873, M. Lister trouvait la démonstration péremptoire de la supériorité du sien dans ce fait : qu'il n'avait eu que 17 pour 100 de mortalité dans ses amputations de 1870 à 1873 en l'employant, alors que celle de Syme, son prédécesseur, s'élevait à 23,3, M. Spence a mis à néant cette prétention. Pratiquant dans le même hôpital et n'employant d'autre pansement que le lavage à l'eau tiède du moignon recouvert d'un simple linge ensuite, il n'a eu que 3 morts sur 65 grandes amputations et 2 morts sur 23 résections articulaires. Prétendre après cela que l'acide phénique tue les ferments ou empêche leur développement et que de là dépend l'infection

purulente ou la septicémie, c'est se payer de mots sans tenir compte des faits qui contredisent ces prétentions théoriques.

De même en Allemagne où le professeur Esmarch s'est occupé de ce pansement au dernier Congrès des chirurgiens allemands. Volkmann, avec le pansement de Lister à l'hôpital de Halle, dans des conditions très-défavorables, a 15 morts sur 44 amputés ; à l'hôpital de Leipzig, dans de meilleures conditions hygiéniques, M. Thiersch n'a que 6 morts sur 26 amputés avec le pansement à l'acide salicylique. C'est donc 21 décès sur 70 amputations pansées avec les désinfectants. Krönlein, en n'employant comme Spence que le pansement à découvert, n'a eu que 17 morts sur 85 amputés à l'hôpital de Zurich. L'avantage reste donc à ce dernier quant à la mortalité, bien que pour la rapidité de la cicatrisation, même par première intention, et pour toutes ses conséquences : comme le fonctionnement régulier du membre, l'absence de douleurs, etc., le pansement antiseptique ait un grand avantage sur l'autre. V. Amputations.

Sur 43 fractures compliquées, traitées par la méthode antiseptique à Halle et Leipzig, il n'y a eu que 8 morts, au lieu de 26 sur les 102 cas de pansement simple à Zurich. Mais ici il n'y a eu lieu qu'à 30 amputations et résections consécutives au lieu de 15 là, soit un tiers. Le pansement simple est donc plus favorable à la chirurgie conservatrice. Il est vrai qu'il se trouvait beaucoup plus de vieillards de cinquante à soixante-dix ans dans cette statistique que dans l'autre, ce qui a pu modifier ces résultats. La comparaison n'est pas tout à fait rigoureuse.

Sur 13 amputations de la mamelle pansées avec les antiseptiques, il y a eu 5 morts et 3 seulement sur 22 extirpations pansées à découvert. Volkmann, en 1873, a appliqué comparativement le pansement découvert sans un insuccès, tandis qu'il a eu 4 décès sur 8 cas pansés avec les antiseptiques. L'avantage est donc évident.

Enfin, sur 3,300 malades ayant passé à l'hôpital de Zurich en quatre ans et demi, de 1867 à 1871, il y a eu 15 cas de pyémie et 5 de septicémie. Sur 1752 ayant séjourné dans ceux de Halle et Leipzig où les antiseptiques sont abondamment employés, il y en a eu 15 cas. 20 fois l'érysipèle a aussi suivi ce pansement en 1875. (*Archiv für klin. chirurgie.*)

Tout l'avantage bien constaté du pansement antiseptique consiste donc dans une réunion plus immédiate de la plaie et une cicatrisation plus rapide. Mais, outre son infériorité signalée sur le pansement simple ou à découvert, des accidents d'intoxication sont parfois résultés de l'usage immodéré de l'acide phénique, avec douleurs, inflammations phlegmoneuses et gangrènes. L'emploi de l'acide salicylique en paraît exempt et lui est préférable par l'absence d'odeur et son prix moins élevé.

La relation faite par M. Verneuil de 12 succès sur 13 résections, dont 4 de l'épaule, 4 de la hanche, 2 du genou, 1 du coude et 2 du poignet, obtenus par le professeur Saxtorph à l'hôpital de Copenhague, avec le pansement de Lister dont il est admirateur, n'a trouvé ainsi dans la Société de chirurgie que M. Lucas-Championnière jeune pour le défendre. Son principal avantage étant le drain qui se place au fond de la plaie, tous les détails minutieux, longs et coûteux, dont on l'entoure ensuite, ne sont que secondaires. Tout le danger est dans la contagion de l'infection purulente, selon M. Le Fort, et, en réunissant bien le fond de la plaie, il obtient, avec l'alcool camphré qu'il emploie, des cicatrisations aussi rapides qu'avec l'acide phénique. Son action irritante, même pour les mains du chirurgien, est un impédiment à son emploi. D'ailleurs, les résections dont on abuse tant ne sont pas une épreuve convenable pour en juger la valeur, suivant M. Tillaux. (*Soc. de chir.*, *janvier.*) V. HYDROCÈLE.

Pansements par occlusion. Tout le bruit qui s'est fait dans ces dernières années sur l'efficacité prophylactique de ces pansements, ouatés ou non, contre la septicémie, n'a pu convaincre M. Kœberlé. Le prudent et minutieux chirurgien strasbourgeois continue avec succès l'ancienne pratique des pansements souvent renouvelés, afin de tenir la plaie dans le plus grand état de propreté. Et la preuve de leur avantage se trouve dans ce fait, qu'il n'a encore eu que deux cas de pyémie dans toute sa pratique.

L'influence directe de l'air n'est pas aussi nocive que le prétendent les panspermistes, selon lui, car une plaie, placée en contact avec l'air pendant une heure et plus, peut encore guérir par première intention. L'air introduit dans les frac-

tures ou dans certaines extirpations profondes n'occasionne pas de complication spéciale. L'oxygène et l'azote sont résorbés rapidement. Ce n'est que lorsqu'il est renouvelé pendant longtemps et que l'oxygène en excès est en contact avec des substances facilement oxydables, que le sang et le sérum, soustraits à la circulation, peuvent, en s'oxydant, devenir des causes effectives de septicémie.

Une certaine quantité de sang coagulé au fond d'une plaie n'en empêche pas la cicatrisation quand il est à l'abri du contact de l'air. La matière colorante se résorbe, comme dans les contusions, les déchirures sous-cutanées. Ce n'est que par sa décomposition que la septicémie a lieu. De là, l'indication des lavages renouvelés avec des liquides antiseptiques ou l'occlusion des plaies. (*Allgem. Wiener med. Zeitung*, n° 24.)

Ouate-charpie. Plusieurs tentatives ont été faites pour enlever au coton, à la ouate en particulier, la matière grasse qu'il contient et qui le rend imperméable pour le substituer à la charpie et aux éponges dans les pansements. M. Gubler a rendu ainsi la ouate perméable, au moyen de la glycérine. M. Guyon en a fait depuis une véritable éponge. Il divise une feuille de ouate en carrés, de la grandeur de la main, par exemple. On les plonge dans un bassin d'eau simple ou légèrement phéniquée, et, après les avoir laissé tremper, pendant cinq à six minutes, en les retournant fréquemment et en pressant sur tous les points de leur surface pour faciliter leur imbibition, on les exprime un à un et on les roule en boules que l'on fait sécher. Ces tampons forment autant de petites éponges à bon marché et dont les propriétés absorbantes égalent celles de l'éponge la plus fine et la plus douce. On les place dans un bocal de verre bien bouché et l'on conserve pour l'usage.

En absorbant parfaitement les liquides, ces boulettes ont encore pour effet de soustraire les plaies à la contamination des germes. On peut aussi les imprégner de divers liquides résolutifs et antiseptiques, calmants et sédatifs. La compression qui en résulte sous la bande ne peut qu'être favorable à la cicatrisation. C'est une innovation simple et commode pour les praticiens des campagnes.

C'est dans une solution de soude et de potasse, sinon de

lessive, que le docteur Tourel lave le coton ordinaire pour obtenir la *ouate hygrophyle*. Lavé à grande eau et séché, ce coton remplace parfaitement la charpie, et, en absorbant la suppuration, il établit une compression douce et molle. Surmonté de ouate ordinaire, il peut servir à établir l'occlusion. (*Soc. de chir.*, décembre.)

Acide borique. Une solution saturée à chaud de cet acide est, suivant le docteur Cane, le plus simple et le meilleur agent pour le pansement de toutes les plaies, ulcères, brûlures, etc. Des compresses en toile ou un tampon de ouate en étant imbibés, on les applique immédiatement sur la plaie qui se cicatrise ainsi très-rapidement, comme il en signale de remarquables exemples. (*Lancet*, 20 mai.)

PARALYSIES. Paralysie générale. *Étiologie.* Des recherches statistiques ont montré au docteur Ashe qu'elle est aussi rare en Irlande que fréquente en Angleterre, surtout dans la classe riche et aisée. La dégénérescence grasse de la plupart des tissus chez ces malades, et notamment des muscles volontaires et involontaires, des os, des glandes et du cerveau, et l'analogie de cette altération avec celle que provoque l'emploi expérimental du phosphore chez les animaux, lui font supposer que l'excès de phosphore, introduit dans l'organisme par l'alimentation, pourrait bien être la cause première de cette redoutable maladie. C'est ainsi que ses victimes appartiennent au rang le plus élevé de la société, employant le régime diététique très-phosphoré, comme les céréales en grande abondance, tandis que la pomme de terre en tient lieu en Irlande. Il s'agit donc d'une question importante et non résolue de l'influence du phosphore sur cette maladie. Mais c'est plutôt là une prévision théorique de l'esprit qu'une démonstration scientifique. (*Journal of mental science*, avril.)

Elle serait souvent précédée et annoncée par des troubles viscéraux, suivant M. Teissier (de Lyon), résultant des rapports intimes entre les origines du grand sympathique et l'axe céphalo-rachidien. Une angine de poitrine, chez un homme de quarante ans, a ainsi marqué, pendant plusieurs mois, le début d'une encéphalite diffuse. Dans un autre cas, c'étaient des crises gastriques avec hématémèse chez un homme encore jeune, arthritique et un peu alcoolique. Une

entéralgie violente et paroxystique marqua le début chez une dame devenue ensuite paraplégique.

M. Verneuil a vu un médecin présenter des névralgies atroces de la langue, quatre ans avant le début de la paralysie générale. Ce fut une cystalgie intolérable, pendant deux ans, dans un autre cas. Des phénomènes d'étranglement interne avec coliques intermittentes de *miserere* ont aussi été observés par M. Leudet comme le prélude de cette maladie.

Ce sont là, d'après M. Onimus, des phénomènes de contracture sur les fibres musculaires striées et lisses produits par le retentissement périphérique des lésions cérébro-spinales. C'est pourquoi les calmants réussissent le mieux dans ces cas. (*Association française.*)

Attaques spinales. Admettant son caractère inflammatoire, M. Magnan distingue les attaques apoplectiformes ou épileptiformes auxquelles elle donne lieu, suivant qu'elles procèdent des lésions du cerveau ou de la moelle. La contracture ou bien des secousses cloniques des membres sont la manifestation épileptiforme de celle-ci ; des engourdissements, des fourmillements des membres et de la faiblesse musculaire constituent la forme apoplectique. Comme dans les attaques cérébrales, il y a élévation de la température rectale, mais l'absence de toute modification cérébrale dans le délire, dans l'intelligence, est encore un signe distinctif précieux, comme plusieurs exemples en témoignent. (*Soc. de biol.*, 20 janvier.)

Elle paraît aussi susceptible d'entraîner, comme l'ataxie locomotrice, certaines lésions osseuses des articulations notamment, comme la raréfaction et l'absorption des épiphyses. Après divers accidents phlegmoneux survenus chez un homme d'une cinquantaine d'années, frappé de paralysie générale, M. Verneuil vit survenir, subitement et sans cause, une gibbosité au niveau de la huitième vertèbre dorsale et qui était devenue considérable six semaines après, au point de correspondre à l'écrasement de trois ou quatre corps cérébraux. Quelques jours avaient ainsi suffi pour former cette gibbosité de toutes pièces, sans aucun traumatisme. La mort, survenue peu de temps après par une pneumonie, ne permit pas de vérifier l'état des os, mais

cette gibbosité suffit à attirer l'attention des anatomo-pathologistes à cet égard. (*Soc. de médecine.*)

Troubles de la parole. En en déduisant les causes avec son esprit éminemment localisateur, M. A. Voisin leur assigne les lésions suivantes :

L'ânonnement, le traînement, l'hésitation dépendraient de lésions cérébrales périphériques, tandis que le bredouillement, le bégaiement, le tremblement seraient dus à des lésions bulbaires. Le mutisme, au contraire, peut être dû à un défaut d'idées résultant de lésions cérébrales périphériques ou à une paralysie des muscles et des nerfs servant à l'émission des sons. (*Archiv. gén. de médecine*, janvier.)

L'examen laryngoscopique a montré, au contraire, au docteur Lennox Browne, que les altérations de la voix dépendent de la lésion du nerf laryngé supérieur, car il y a diminution de la tension et de la synergie des cordes vocales. (*The West riding lunatic asylum med. Reports*, 1875.)

Troubles de la motilité. Pathognomoniques de la paralysie générale, ces troubles étaient attribués, d'après les plus récents travaux, à des modifications histologiques plus ou moins sensibles du bulbe et de la moelle. La découverte de centres moteurs, à la surface des circonvolutions de la partie moyenne des hémisphères cérébraux, va changer tout cela. De même qu'elle a déjà servi à *expliquer* bien d'autres paralysies, voici le docteur Foville qui annonce, avec l'assurance des expérimentateurs, que la paralysie générale des aliénés a, pour caractère anatomo-pathologique, une *altération constante de la substance corticale des circonvolutions fronto-pariétales.* La coïncidence est ainsi mathématique, et c'est se placer du coup à la hauteur des localisateurs. Mais, l'auteur ne dit pas sur combien de faits s'appuie sa découverte, et ne recherche pas davantage si elle s'accorde ou se contredit avec les observations de ses devanciers. L'existence admise de centres moteurs distincts pour les mouvements des membres, du cou et de la tête, de la langue et des mâchoires, de la face et des lèvres, du globe de l'œil et des paupières, lui suffit, et comme ils lui permettent de se rendre compte de la localisation des ataxies, des convulsions, des contractures et des paralysies

partielles, limitées à tel ou tel de ces organes dans cette maladie, il y voit une relation étroite et scientifique de cause à effet. C'est d'abord, suivant lui, par l'excitation résultant de l'hyperémie du début, et les poussées congestives ensuite, puis par les progrès de la dégénérescence scléreuse de la fin, que s'expliquent les troubles progressifs de la motilité : comme l'embarras de la parole, les spasmes fibrillaires des lèvres et des joues, l'ataxie et la dissociation des mouvements des membres, le grincement des dents, le rétrécissement ou la dilatation de la pupille, les convulsions limitées à un seul muscle ou à un petit nombre d'entre eux; les attaques épileptiformes unilatérales, les hémiplégies partielles ou passagères, les contractures persistantes et enfin les paralysies plus ou moins complètes. (*Acad. de méd.*, décembre.)

Mais la simplicité de ces explications n'en prouve pas l'exactitude à moins que les faits ne les confirment. Si cette relation existait, les anatomo-pathologistes n'auraient pas manqué d'observer ces lésions coïncidentes et de les consigner dans leurs observations. Or, on n'y trouve rien de semblable, et, sur plus de 100 observations écrites, recueillies dans les cliniques, M. A. Voisin dit n'avoir jamais noté ces lésions localisées dans les circonvolutions motrices. Il n'y a donc pas lieu d'admettre ces assertions sans examen.

Paralysies consécutives. *Éserine.* Les troubles de la vue qui se manifestent à la suite des maladies aiguës et certains états chroniques graves sont considérés par M. Gubler comme symptomatiques de la faiblesse du nerf optique. Ils consistent en une difficulté d'accommodation, un état vague des images produites par les objets rapprochés et une dilatation de la pupille. Il suffit alors, pour rendre la vue plus nette, d'instiller dans l'œil quelques gouttes d'une solution d'éserine au 500e ou au 200e. En provoquant l'excitation des larmes et le rétrécissement punctiforme de la pupille, le collyre trouble tout d'abord la vue, mais, en une heure ou deux, elle s'éclaircit bientôt par la dilatation de la pupille et devient des plus nettes en continuant les jours suivants.

Le même fait s'observe dans la presbytie, résultat de l'âge. (*Soc. de thérap.*, janvier.)

Paralysies consécutives à l'hydarthrose. V. HYDARTHROSE.

Paralysie faciale du nouveau-né. L'action traumatique du forceps, en produisant cette paralysie, doit s'exercer à des degrés divers suivant la pression et la durée de celle-ci sur le nerf facial. De là l'intensité et la persistance variables de cette paralysie. Sa disparition constante et assez rapide, c'est-à-dire en quatre à six semaines après la naissance, expliquait l'absence de lésions anatomiques signalées jusqu'ici. Mais en y regardant de plus près, avec le microscope, MM. Parrot et Troisier sont parvenus à constater les altérations suivantes dans trois cas.

Diminution de consistance et changement de coloration du nerf facial dont la teinte est gris-rougeâtre et demi-transparente lorsqu'il est dépouillé de son névrilème. Une ligne de démarcation très-nette existe au niveau de la partie externe du trou stylo-mastoïdien entre cette coloration et son apparence normale dans le crâne. Toute cette partie extérieure est stéatosée. Des gouttes ou des gouttelettes de graisse remplacent la myéline des tubes nerveux. Aucune trace de cylindre axe ; diminution des noyaux du névrilème et du périnèvre.

Ces altérations intimes du facial dans toute son étendue externe retentissent naturellement sur les muscles qu'il anime. Ils étaient plus grêles et moins rosés que du côté opposé dans deux cas où la paralysie datait d'un mois, mais aucune altération appréciable n'existait dans le troisième où l'examen fut fait douze jours après la naissance.

On s'explique ainsi les différents degrés de cette paralysie traumatique, suivant que le nerf est plus ou moins contus, altéré, et sa disparition constante au fur et à mesure qu'il se régénère. (*Archiv. de tocologie*, août.)

Paralysie des muscles oculaires. Outre l'étiologie du refroidissement, de la syphilis et de la diphthérite qui lui est assignée, M. Gayet ajoute la lésion des centres nerveux. Il y a été amené par ce fait que, chez un forgeron de vingt-huit ans, atteint subitement de paralysie du droit externe de l'œil droit, sans cause appréciable qu'un refroidissement probable, il s'ensuivit une polyurie avec polydipsie et mai-

greur considérable, sans sucre, ni albumine, ni phosphates dans les urines. De là sa conclusion que le siége initial du mal était à l'origine même du moteur oculaire droit, tout près du plancher du quatrième ventricule ; conclusion fortifiée par l'amélioration obtenue de la paralysie par un traitement révulsif énergique.

Mais ce n'est que par induction qu'il fut conduit à admettre la même origine dans un second cas de paralysie totale des trois paires motrices des deux yeux, chez une femme de soixante-six ans, dont les urines étaient rares et naturelles. A défaut de pouvoir l'expliquer par les autres causes, il l'a rattachée à celle-ci, mais sans autre démonstration que l'origine voisine des nerfs paralysés du plancher du quatrième ventricule. Ces faits, jusqu'à plus ample informé, ne sont donc propres qu'à éveiller l'attention des praticiens. (*Gaz. hebd.*, nº 17.)

On paralysis from brain diseases (De la paralysie d'origine cérébrale et de ses formes communes), par le docteur Ch. Bastian ; un vol. in-12 de 340 pages, Londres 1875. Ouvrage élémentaire fait au point de vue dominant aujourd'hui des localisations cérébrales. Trois types d'hémiplégie sont seulement admis en dehors : l'épileptique, l'émotional ou spasme vasculaire et l'hystérique. M. Lasègue n'a pas de peine à démontrer qu'il y en a d'autres, notamment l'hémiplégie transitoire arrivant soudainement chez des malades présentant quelques symptômes vagues de paralysie générale. Les symptômes attribués à telle lésion ne sont démontrés par aucun exemple et ces cadres sont arbitraires. Les prodrômes des attaques, soit par rupture, soit par occlusion d'un vaisseau résultant d'une embolie, ne sont pas étudiés plus sérieusement, ni quant au pronostic, ni quant au traitement. Voy. CERVEAU.

Paralysie labio-glosso-pharyngée. *Injections hypodermiques de picrotoxine.* Les effets électifs de l'alcaloïde de la coque du Levant sur le bulbe, démontrés par son action dans l'épilepsie (*V. année* 1875), ont déterminé M. Gubler à l'employer chez une femme atteinte de paralysie labio-glosso-pharyngée, dans son service à l'hôpital Beaujon. Des injections hypodermiques avec une solution au millième de pi-

crotoxine, soit un milligramme d'alcaloïde par jour, furent pratiquées sur les bras. Bientôt la déglutition devint plus facile et la malade qui ne vivait que de liquides put reprendre le régime de l'hôpital; l'écoulement salivaire diminua et la prononciation devint plus distincte. Continuée pendant plusieurs semaines, cette médication eut les meilleurs résultats.

Aucun effet local sensible ne s'ensuivit tout d'abord; mais on nota ensuite, sur les bras, de petites nodosités dures et arrondies, au lieu des piqûres; hyperplasie spéciale du tissu cellulaire avec nodus indolores, non inflammatoires, persistant pendant plusieurs semaines et disparaissant sans traces. Cette double propriété de la picrotoxine pourra ainsi être mise à profit. (*Journ. de thérapeutique.*)

Paralysies ischémiques. Ainsi nommées par M. Jaccoud, parce qu'elles résultent de l'arrêt de la circulation et du défaut de sang dans les parties paralysées, tandis que les autres dépendent directement du défaut d'influx nerveux. Un caillot se formant dans l'artère principale d'un membre ou dans l'aorte, et l'oblitérant, en est ainsi la cause.

Observées d'abord chez le cheval, plus exposé que l'homme aux inflammations, aux déchirures des gros vaisseaux, et par conséquent aux coagulations du sang par les efforts et les chutes qu'il fait, ces paraplégies ont ensuite été constatées sur l'homme. Elles sont le plus souvent intermittentes; ce qui dépend du rétablissement partiel de la circulation. Que l'oblitération du vaisseau soit incomplète, que des anastomoses s'établissent ou que la canalisation du caillot se forme, et il arrive que, par le rétablissement de la force d'impulsion du cœur et du sang pendant le repos, la paralysie disparaît momentanément pour revenir par un travail excessif ou prolongé. L'irrigation sanguine du système nerveux, bien qu'insuffisante, peut ainsi entretenir un certain degré d'irritabilité qui s'épuise par le travail pour se reproduire pendant le repos. D'où résultent des claudications ou des boiteries intermittentes. On en observe parfois la guérison définitive, par la migration des caillots et leur résorption.

Très-rares, au contraire, sont les paralysies absolues, défi-

nitives. Deux observations seulement en sont relatées chez l'homme, et M. Desnos en signale une troisième chez un homme traité, à l'hôpital de la Pitié, pour un rétrécissement de l'orifice mitral. Après avoir accusé de vives douleurs, la veille, dans la cuisse gauche, il fut frappé subitement d'une paraplégie absolue, complète, du mouvement et de la sensibilité avec rétention d'urine, raideur musculaire, couleur violacée des membres avec sugillations plus foncées sur le trajet des veines et un abaissement de température à 22° à gauche et 26° à droite. Enfin, il n'y avait aucun battement des artères des membres paralysés.

A ces signes, il est facile de distinguer cette paralysie de celle due à une lésion nerveuse. L'affection organique du cœur, qui règne ordinairement, en est un autre signe qui favorise et détermine même la formation de l'embolie.

La mort, survenue trente-six heures après le début des accidents par une congestion pulmonaire avec hématurie et gastro-entérorrhagie, permit de vérifier, par l'autopsie, l'existence d'un rétrécissement de l'orifice mitral, avec hypertrophie des parois et de la symphyse cardiaque. L'aorte, saine d'ailleurs, était complétement oblitérée, au-dessus de sa terminaison abdominale, par un caillot de 25 millimètres de long, 3 millimètres de diamètre antéro-postérieur, et 2 de diamètre transversal. Ce caillot se prolongeait dans les iliaques primitives sans interruption, même dans la fémorale, et jusque dans la poplitée à droite.

De même que, après la ligature artificielle de l'aorte, ces paralysies s'observent avec hyperémie et congestion des organes situés au-dessus, l'hématémèse des dernières heures de la vie, sans lésion apparente de la muqueuse gastrique, paraît ici le résultat de l'oblitération aortique. Un caillot de l'artère rénale droite rendait compte de l'hématurie. (*Acad. de méd.* 4 janvier.)

Un cas remarquable, observé à la Salpêtrière, par M. Luys, vient s'ajouter à ceux de MM. Barth et Charcot. Une femme de 38 ans éprouvait, depuis deux ans, après la moindre fatigue, une grande faiblesse des deux membres inférieurs, une sorte de paraplégie incomplète qui ne lui permettait alors de marcher qu'avec une extrême difficulté. Elle devait même garder le lit pendant cinq à six jours. Tout rentrait ensuite dans l'ordre et la malade recouvrait même assez de

force pour faire son service d'infirmière, jusqu'à ce qu'une nouvelle fatigue déterminât les mêmes accidents. Trois à quatre mois avant sa mort, une paraplégie plus accentuée l'empêcha de quitter le lit jusqu'au jour où elle succomba à une diarrhée cholériforme.

L'autopsie montra une oblitération complète de l'aorte abdominale par un ancien caillot commençant au-dessous de l'origine des rénales, et s'étendant dans les artères iliaques primitives, les hypogastriques, les iliaques externes, jusqu'aux crurales libres et saines. Dilatation des lombaires oblitérées inférieurement par des caillots récents. (*Soc. anatomique*, 1875, et *Progrès méd.*, février.)

Chez un hémiplégique et aphasique, admis à l'hôpital le 21 juin et dont l'état s'améliorait graduellement, il survint de la diarrhée, avec vomissements et douleurs épigastriques violentes lorsque, huit jours après, il pousse un cri violent étant couché et on le trouve paraplégique, c'est-à-dire privé de mouvement et de sensibilité des deux membres inférieurs, avec raideur tétanique et refroidissement, 26° à droite et 22 à gauche, larges plaques violacées, pas de battements de la fémorale ni de la pédieuse, rétention d'urine sanglante, hématémèse et selles involontaires noirâtres; mort le jour même.

L'autopsie montre un petit foyer de ramollissement blanc d'une partie du noyau lenticulaire de l'hémisphère droit, avec rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. A deux centimètres au-dessus de sa division en iliaques, l'aorte est complétement oblitérée par un caillot noirâtre, résistant et très-adhérent à sa surface interne. Il se prolonge dans les iliaques primitives, l'iliaque interne, l'iliaque externe, et la fémorale à gauche. Les hypogastriques et les rénales sont aussi envahies. (*Idem*, avril.)

Paralysies arsenicales. Quoique entrevues depuis longtemps, elles ne sont pas tellement connues et acceptées qu'il ne soit utile d'en relater les cas bien authentiques qui se présentent, comme l'a déjà fait M. Ferrand. (*V. année* 1873.) En voici deux autres, recueillis par le docteur Scolosuboff, à l'hôpital des ouvriers de Moscou. En Russie, les empoisonnements arsenicaux chroniques ne sont pas rares par la facilité de se procurer des préparations arsenicales contre

es insectes et les rats, aussi bien que contre les fièvres in-
ermittentes et certaines affections de la peau. Les carac-
ères de ces paralysies sont d'autant plus importants à con-
aître qu'ils peuvent être confondus avec ceux de la para-
ysie saturnine. Ces observations pourront ainsi servir aux
liniciens et aux médecins-légistes, qui en sont rarement
émoins en France.

I. Un portier de 50 ans, assez fort, s'étant adressé à un
mpirique, pour guérir d'une éruption syphilitique papu-
euse, celui-ci ordonna une pommade arsenicale et une so-
ution d'arsenic blanc dans de l'eau-de-vie, pour l'intérieur.
Des vomissements survinrent bientôt, et, malgré la cessation
le ce traitement, il y avait, quinze jours après, de l'affai-
blissement dans les pieds et les mains et engourdissement
au bout des doigts.

Entré le 7 mai 1873 à l'hôpital, le malade ne peut mar-
cher ni faire usage des mains qu'avec grande peine. Mai-
greur extrême, ou plutôt atrophie de tous les muscles des
avant-bras, des jambes et des pieds; les muscles extenseurs
sont plus atrophiés que les fléchisseurs, notamment du côté
droit; ceux des cuisses et des bras sont à l'état normal.
Œdème autour des malléoles.

Puissance musculaire diminuée; altération de la sensibi-
lité des extrémités, surtout au bout des doigts, avec hyperes-
thésie. La sensibilité tactile et la sensibilité de la tempéra-
ture sont complétement perdues à la paume des mains et
à la plante des pieds. Diminution considérable de la con-
tractilité faradique de tous les muscles atrophiés. Douleurs
musculaires au moindre mouvement, empêchant le malade
de dormir. Pour tout le reste, état normal parfait.

Pendant deux ans de séjour à l'hôpital, et malgré un ré-
gime substantiel, tonique et excitant, des bains et des cou-
rants continus, les contractions musculaires ne se rétablirent
que lentement. Au mois de mai 1875, la marche commen-
çait seulement à se faire sans appui, mais sans beaucoup de
force des muscles. Les contractures musculaires douloureu-
ses avaient complétement cessé.

II. Le 26 février 1875, Pauline Philipoff, 48 ans, ayant pris
par erreur de l'arsenic blanc au lieu de craie, éprouva aus-
sitôt des vomissements, et, quatre à cinq jours après, il y
avait une sensation de froid avec engourdissement aux extré-

mités des doigts et des orteils. Le froid gagna ensuite l'avant-bras et les jambes avec grande faiblesse des mains et des pieds, de telle sorte que, dix jours après l'empoisonnement, elle ne pouvait plus marcher sans être soutenue, et fut ainsi obligée de garder le lit.

A l'examen, le 19 avril, atrophie considérable des extenseurs et des fléchisseurs des extrémités, et d'autant plus prononcée qu'on se rapproche des extrémités. Les os, les épiphyses et les tendons des jambes, des pieds, des avant-bras et des mains, sont très-apparents. Les muscles des mollets et des avant-bras, les interosseux, les éminences thénar et hypothénar, sont le plus affectés. Les extenseurs des cuisses et des bras le sont aussi légèrement. Le visage et le tronc ont, au contraire, une apparence de santé et de vigueur.

Au lit, la malade jouit de presque tous ses mouvements, mais ne les exécute qu'avec lenteur et maladresse. Elle ne peut saisir les menus objets, elle ne serre que faiblement la main et ne peut tenir d'objets pesants. Chaque muscle est saisi ensuite de douleurs. La sensibilité est très-diminuée proportionnellement à l'atrophie musculaire, aussi bien pour la pesanteur que pour la température. Refroidissement des extrémités, avec douleurs surtout dans le mouvement. Etat normal de tout le reste.

Il y a donc une altération de toutes les espèces de sensibilité; atrophie musculaire extrême; perte ou diminution de la contractilité avec altération de la circulation et de la nutrition se manifestant par l'abaissement de la température, l'œdème et le changement de couleur à la peau. La gangrène s'en est même suivie dans quelques cas.

Pour se rendre compte de ces lésions, M. Scolosuboff a tenté des expériences sur les animaux, au laboratoire de chimie biologique de la Faculté de médecine de Paris. Des chiens et des lapins en ont été l'objet avec des injections d'arseniate de soude titré, ou en imprégnant leurs aliments de cette solution. 10 à 15 centigrammes d'acide arsénieux ont ainsi pu être administrés chaque jour, à des chiens de onze à douze kilogrammes, sans aucun effet toxique apparent. Ils augmentaient même de poids et ne présentaient à l'autopsie ni stéatose du foie, ni atrophie musculaire. Mais en ayant traité le cerveau et la moelle épinière, d'après la méthode analytique de M. A. Gautier (voy. *année* 1875), il a

trouvé jusqu'à 594 dix-millièmes d'arsenic métallique, dans 100 parties du cerveau, et 933 dix-millièmes dans la moelle, tandis qu'il n'y en avait que 271 dix-millièmes dans le foie, et 25 dans les muscles. Dans l'empoisonnement aigu, l'animal succombait peu d'heures après; le cerveau a donné jusqu'à 117 cent millièmes d'arsenic pour 100, tandis que l'anneau arsenical n'était pas dosable dans les autres tissus.

On a noté également sur le cobaye, la grenouille et le lapin, l'amaigrissement de ces animaux sous l'influence de l'arsenic. A l'examen microscopique, il y avait une notable prolifération des noyaux du sarcolème ; disparition des striations musculaires, et quelques granulations graisseuses dans les muscles et le foie ; quelques fibres musculaires présentaient un aspect trouble, finement granuleux, comme une lame de verre dépolie, surtout chez les grenouilles et les lapins.

Cette localisation spéciale de l'arsenic dans le tissu nerveux rend compte de l'atrophie musculaire et des paralysies qui en résultent par l'altération même de ce tissu. Ainsi se trouvent expliqués : les vertiges, les syncopes, les attaques convulsives, attestant cette profonde altération. Et de là tous les symptômes consécutifs. (*Archiv. de phys. normale et pathol.* 1875 et *Ann. d'hygiène publique*, janvier.)

PECTORILOQUIE APHONE. V. AUSCULTATION, ÉPANCHEMENTS.

PÉRIOSTITE. *Résection sous-périostée.* C'est par les succès de cette opération que l'on parviendra à l'accréditer. Elle est surtout pratiquée en Angleterre. Aux cas déjà cités (V. *année* 1875), le professeur Spence (d'Edimbourg) en ajoute deux autres chez des enfants âgés de 10 et 11 ans. La diaphyse toute entière du tibia fut enlevée après la section avec une scie à chaîne. L'os s'est reformé dans les deux cas et les petits opérés ont pu se servir de leurs membres. (*Lancet*, mars, et *Arch. de méd.*, juillet.)

Reproduction de l'os par irritation digitale. La périostite s'étant manifestée, sans symptômes généraux graves, chez une fille de 12 ans, qui présentait un abcès profond considérable à la partie moyenne de la cuisse droite, M. de

Saint-Germain constata en l'ouvrant que le fémur était absolument dénudé dans une étendue de neuf à dix centimètres de sa diaphyse. Une contre-ouverture fut pratiquée pour l'écoulement du pus. Trois mois après, l'enfant était près de succomber par l'abondance de la suppuration lorsque l'introduction du doigt dans la plaie constata le même état de l'os sans nul travail de réparation. Les élèves furent invités à en constater successivement l'isolement avec le doigt.

Des douleurs vives avec gonflement et fièvre succédèrent bientôt à ces explorations. Quinze jours après, un travail réparateur avait commencé, et, deux mois ensuite, en agrandissant largement l'ouverture antérieure, le chirurgien put constater, à la partie interne de la masse énorme du fémur hypertrophié, un séquestre de dix centimètres de largeur. L'os nouveau constituait une vaste et épaisse stalactite en dehors et en arrière. A l'aide d'un fort davier, le séquestre put être ébranlé et extrait. Sa partie inférieure était très-près de l'articulation du genou. Malgré tout, les suites furent excellentes, et, huit jours après, l'antre énorme laissé par le séquestre était presque absolument comblé. C'est donc là un exemple rare de la terminaison heureuse de la périostite phlegmoneuse chez les enfants, dont il faut savoir tenir compte. (*Soc. de méd. de Paris,* août.)

Périostite hémorrhagique. Nouvelle variété à introduire dans la nomenclature d'après un fait unique recueilli par M. Thomas Smith sur une fille admise à l'hôpital, à deux ans moins un mois, et qui succomba subitement six jours après. Lors de son entrée, elle se tenait sur son derrière, les jambes écartées en dehors et sans mouvement. Les membres inférieurs étaient gonflés dans toute leur étendue, mais les articulations de la hanche et du genou libres. Température de 37 à 38° C.

Les antécédents n'avaient rien de notable. Allaitée pendant trois mois seulement, cette enfant n'avait eu qu'une diarrhée passagère sans autre maladie, aucune trace de syphilis; un léger gonflement de l'extrémité des côtes était le seul indice de rachitisme. Pas de diathèse hémorrhagique dans la famille. Elle marchait seule à un an. Mais bientôt les pieds se gonflèrent et devinrent sensibles, ainsi que tout *le reste* du membre. Ces accidents étaient disparus, deux

mois avant l'entrée à l'hôpital, lorsque les pieds recommencèrent à enfler.

L'examen nécroscopique montra les lésions symétriques suivantes : Séparation complète des épiphyses du fémur avec amas considérable de caillots récents entre le périoste et l'os qui est mou et blanc. Rien dans les articulations. Extravasation sanguine entre les muscles de la cuisse. Outre une légère effusion dans les muscles de la jambe, le périoste était détaché également avec séparation des épiphyses du tibia et du péroné avec une abondante extravasation du sang autour des os.

Les membres inférieurs ne furent pas examinés, mais la crépitation était aisément perçue aux épaules. Rien aux coudes. Viscères intacts, sinon un léger infarctus dans le lobe inférieur du poumon gauche.

La séparation des épiphyses étant trop complète pour être mécanique, l'hémorrhagie semble donc causée, dans ce cas, par le périoste, et c'est ainsi que dans trois cas, M. Goodhart et M. Maunder ont trouvé du sang épanché entre le périoste et l'os, alors qu'ils croyaient y trouver du pus. (*Pathol. Society*, 21 décembre 1875.)

PHARYNX. *Oblitération complète de la partie supérieure.* Une modiste de 19 ans 1/2, petite, sans trace manifeste de scrofule ni de syphilis, était sourde et privée d'odorat; elle ne respirait que par la bouche et ne pouvait se moucher; la bouche fermée, il ne passait point d'air par le nez en expirant, pas plus que par le nez dans la bouche dans l'aspiration; la parole, mal articulée, était peu distincte. Cette infirmité remontait à l'âge de 12 ans par suite de maux de gorge qui avaient persisté jusqu'à 14 ou 15 ans. L'examen local, fait par le docteur Lucas-Championnière, à l'hôpital Lariboisière, montra le voile du palais en quelque sorte fusionné avec la partie supérieure du pharynx. Un léger sillon en indiquait le point de fusion en arrière avec un débris de luette au milieu. Coloration un peu violacée des parties. Leur grande sensibilité au toucher infirmait la nature syphilitique de la lésion qui est ordinairement anesthésiée ou fort peu sensible dans ce cas.

Après avoir insensibilisé la gorge avec le bromure de potassium, le jeune chirurgien introduisit une sonde par les

fosses nasales qui, en faisant saillie sur le plancher d'oblitération, servit de conducteur pour le disséquer péniblement. L'orifice fut agrandi de chaque côté et des fils en caoutchouc, fixés aux lambeaux, servirent à les relever en venant sortir par les narines. La voie était ainsi béante et l'opération avait si bien réussi que la malade soufflait et respirait par le nez; elle sentait et entendait. Mais il suffit d'enlever les rubans de caoutchouc pour que l'opérée, qui respirait et se mouchait parfaitement, en revînt rapidement à son état primitif par l'adhérence nouvelle des parties.

Revenue deux mois après dans le même état que la première fois, elle réclama une nouvelle opération. Cette fois, M. Championnière pénétra dans l'arrière-cavité des fosses nasales en enfonçant directement un bistouri en haut. Il incisa ensuite d'avant en arrière toute l'épaisseur des tissus jusqu'à la paroi du pharynx; puis il tailla avec le bistouri courbe des lambeaux analogues à ceux que forme le voile du palais coupé en deux. L'ouverture supérieure du pharynx était ainsi rétablie au siége même de l'obturation. La division supérieure du voile du palais fut ensuite suturée. Des fils en caoutchouc attachés à ces lambeaux les relevèrent, comme la première fois, en venant sortir par les narines. Le résultat fut aussi satisfaisant que précédemment. Un peu de gonflement de la face fut la seule complication. Une sorte de tube d'argent recourbé, avec deux branches le fixant aux molaires, fut appliqué après l'enlèvement des fils de caoutchouc, et grâce à cet appareil léger, que l'opérée retire et place chaque matin, l'ouverture s'est maintenue sans trace de rétrécissement.

Cette opération nouvelle constitue donc une ressource précieuse pour les cas de ce genre, dont deux exemples antérieurs sont seulement connus. Mais on peut se demander si le galvano-cautère, appliqué avec succès par M. L. Le Fort à une imperforation vaginale (V. VAGIN) bien plus épaisse, ne pourrait pas être préférablement employé à l'instrument tranchant. (*Ann. des maladies de l'oreille*, nº 2, mai.)

Dans un cas d'adhérences du voile du palais au pharynx, chez une femme en puissance de syphilis, il ne restait plus qu'un pertuis sur la ligne médiane admettant un stylet sans laisser passer l'air. Après un traitement approprié, M. Verneuil fit des incisions latérales au niveau du pertuis dont

il agrandit l'orifice par déchirure avec les doigts. Un appareil en petits tubes de caoutchouc fut placé pour maintenir l'ouverture qui suffit maintenant au passage de l'air et à la disparition de tous les inconvénients de l'oblitération. (*Soc. de chir.*, 12 avril.) Évidemment, le procédé d'électrolyse de M. Le Fort serait surtout applicable ici, en ne faisant courir aucun risque de traumatisme sous l'influence d'une diathèse syphilitique.

PHIMOSIS. Sa fréquente coïncidence avec le diabète sucré est telle que M. Bourgade en a rencontré quatre cas en dix-huit mois. Opéré, dans un premier cas, chez un homme de 53 ans qui paraissait jouir d'une bonne santé, il survint une inflammation violente avec menace de gangrène et un état général des plus graves. La présence de 90 grammes de sucre par litre d'urine donna le mot de l'énigme, et il suffit de traiter le diabète pour voir aussitôt la plaie se cicatriser.

Dans un autre cas, la plaie, entourée de rougeurs et d'ulcérations, ne pouvait se cicatriser. Les urines contenaient 60 grammes de sucre par litre, ce qui, à raison de six litres par jour, faisait 360 grammes. Dès que le traitement du diabète fut institué, la plaie prit un meilleur aspect et guérit; il est donc essentiel de ne pas opérer avant l'examen des urines. (*Assoc. française.*)

Réduction. Après tous les procédés plus ou moins compliqués, proposés et employés pour lever ce vice de conformation, M. B. Anger en a adopté un des plus simples. Traçant par une ligne à l'encre sur la peau la portion du prépuce à réséquer, il l'embrasse ensuite avec deux pinces à ligature, l'une à la face supérieure, l'autre à la face inférieure du gland, sans que la pointe dépasse le trait d'encre ni en dessus, ni en dessous. Et tandis qu'un aide maintient ces deux pinces en place, sans aucun tiraillement, le chirurgien place un double fil ciré sur le trait d'encre et entoure ainsi le prépuce en le comprimant assez fortement. Un seul coup de ciseaux courbes, porté en avant du fil qui leur sert de conducteur, abat la portion à réséquer.

La douleur en résultant est assez vive, mais c'est sitôt fait! La peau et la muqueuse sont ainsi réséquées au même

niveau, et les deux membranes, sectionnées par l'écrasement, s'affrontent d'elles-mêmes sans sutures ni serres fines. Aucune hémorrhagie ordinairement. De simples compresses d'eau de sureau forment le pansement, et, deux jours après, l'opéré quitte l'hôpital. (*Du phimosis et de son traitement*, thèse inaugurale par M. E. Normand; Paris, 1875.)

Ce procédé a du moins l'avantage d'être à la portée du plus modeste praticien, sans exiger ni aide ni aucun instrument spécial comme le procédé par incision. Mais la résection donne un résultat plus satisfaisant, en calculant bien la rétraction cicatricielle, sans danger d'hémorrhagie.

M. Broca a employé un procédé encore plus simple à l'hôpital des Cliniques chez un enfant de quelques mois dont l'ouverture préputiale si étroite rendait la miction très-difficile. Après avoir constaté, par l'introduction d'un fin stylet mousse, l'absence d'adhérences entre le gland et le prépuce, il introduisit un trocart explorateur, la pointe du trocart étant rentrée dans la canule. Une fois arrivé dans le cul-de-sac à la partie antérieure, le poinçon fit saillie et perfora le prépuce.

L'instrument laissé en place et soulevé, le prépuce fut étreint sur les côtés et en dessous avec les deux branche d'une pince ordinaire à pansements appliquées le long de la canule. Il a suffi alors au chirurgien, en confiant le maintien de la pince serrée à un aide, de soulever le trocart et de passer la lame d'un bistouri entre les pinces et ce trocart pour réséquer, par un trait rapide, toute la portion excédante ou supérieure du prépuce. L'opération est ainsi sûre et rapide. Il suffit ensuite de réunir la peau et la muqueuse avec des serres fines. (*Revue de thérap. méd. chir.*, n° 17.)

Éponge préparée. Le docteur G. Gregorelly, d'Iseo, avait à soigner un homme de trente ans, atteint de phimosis syphilitique. Après de nombreuses tentatives demeurées sans résultat, l'opération allait être pratiquée, lorsqu'on songea à employer l'éponge préparée pour obtenir la dilatation de l'orifice du prépuce. Un petit cône d'éponge fut introduit entre le prépuce et le gland. Au bout de peu de temps, on constata une amélioration très-grande, et il fut bientôt facile de mettre le gland à découvert. (*V. année* 1873.)

Paraphimosis. Voici le procédé employé depuis deux ans par M. A. Eddowes à l'infirmerie de Slop. Après avoir enveloppé entièrement le gland et le prépuce avec une bande de coton mouillée, de un à deux pouces de large, celle-ci dépassant le gland en avant, il roule par-dessus, et en allant d'avant en arrière, un fil de caoutchouc qui se fixe à la bande libre en avant du gland. Si la tuméfaction est très-grande, il est bon d'appliquer légèrement le caoutchouc pour l'enlever plus tard, lorsque son action sera épuisée et le réappliquer plus fortement. De cette manière, l'opération prend un peu plus de temps, mais elle est beaucoup moins douloureuse. La compression produite par les circuits du fil élastique entraîne bientôt la réduction de la tumeur. Lorsqu'on enlève entièrement le caoutchouc et la gaze de coton, on trouve le gland ratatiné et le prépuce peut facilement le recouvrir. (*British med. journ.*)

PHOSPHORE. Afin de décider combien de temps après la mort d'une personne empoisonnée par cet agent sa présence peut encore être décelée par les divers moyens connus, le docteur Fischer, de Breslau, expert chimiste du Conseil provincial du gouvernement, a empoisonné quatre cochons d'Inde avec 23 milligrammes de phosphore. Après leur mort, survenue en quelques heures, il en a enfoui les cadavres dans un terrain argilo-siliceux, à cinquante centimètres de profondeur.

L'exhumation du premier a eu lieu quatre semaines après, le double pour le second, trois mois pour le troisième et quinze semaines pour le quatrième. Dans les quatre cas, l'essai avec le papier argentique a noirci, mais le papier saturné est resté blanc; malgré une rapide décomposition, il ne s'est pas formé d'hydrogène sulfuré. Dans les deux premiers cas, la méthode de Mitscherlich a donné la phosphorescence caractéristique et l'analyse quantitative a donné de 3 à 5 milligrammes de phosphore; mais il ne s'est rien manifesté dans les deux derniers, pas même la flamme vert émeraude caractéristique du procédé Blondlot. En douze à quinze semaines, les 23 milligrammes de poison ingérés ont donc été complétement oxydés. La présence seule de l'acide phosphoreux a pu être décelée dans le

troisième. (*Viertel. fur gericht. medicin.* n° 1 et *Bull. de la Soc. de pharm. de Bordeaux*, août.)

Mais comment conclure de ces expériences à un homme qui aurait eu des vomissements après l'ingestion du phosphore et dont l'exhalation cutanée n'est pas empêchée, comme chez le cochon, par une enveloppe épaisse et couverte de poils? La question reste donc en l'état au point de vue médico-légal.

PHTHISIE. *Ulcérations annulaires de l'intestin.* Cette lésion, constatée par de nombreux observateurs tels que Louis, Andral, Colin, Leudet, est attribuée, comme les hémorrhagies, les gangrènes, à la thrombose de l'une des branches de l'artère mésentérique par M. Laveran. Mais, au lieu de rapporter la formation de cette thrombose à la compression mécanique des ganglions hypertrophiés, c'est au développement des granulations tuberculeuses dans la tunique externe des artères, qui en est le siége d'élection, et à leur action compressive ainsi qu'à l'endartérite en résultant et à la composition du sang chez les tuberculeux, qu'il attribue ces ulcérations. (*Progrès méd.*, n°s 1 et 2.) C'est là, comme on voit, une étiologie aussi obscure qu'inutile à connaître puisqu'elle n'éclaire en rien les moyens à employer pour guérir ces ulcérations. C'est donc là encore de la science microscopique toute spéculative.

Expectoration fécaloïde. Une phthisique de 27 ans, négresse, placée à l'hôpital de la Charité, à Bahia, se plaignit un matin, à la visite du docteur da Silva Lima, d'avoir passé une très-mauvaise nuit, par des quintes de toux fort pénibles, suivies du rejet de matières fécales par la bouche.

La fonte tuberculeuse ayant lieu, on crut à l'expulsion de quelque lambeau sphacélé du tissu pulmonaire, mais, en se répétant toujours la nuit, dans les efforts de toux, ces vomissements fécaloïdes attirèrent l'attention. M. Lima put ainsi se convaincre, *de visu,* qu'elle disait vrai. Elle expectora, ou plutôt vomit un jour, en sa présence, à la suite d'efforts de toux ou par régurgitation, des matières demi-liquides, d'un jaune foncé et d'une odeur fécale manifeste, se distinguant fort bien des produits de la suppuration pulmonaire. Cette malade eut à subir cette complication de-

puis le mois d'août jusqu'au 24 octobre suivant, qu'elle succomba.

L'autopsie en rendit compte en montrant, entre autres lésions, des adhérences de l'angle formé par le colon transverse et descendant avec la rate hypertrophiée, laquelle adhère intimement au diaphragme. La rupture de ces adhérences conduit dans une poche, assez étendue, anfractueuse, et contenant une petite quantité d'un liquide louche, épais, de couleur jaunâtre, à odeur fécale. Limitée par la rate et le diaphragme, elle communique en bas avec le colon, par deux échancrures séparées par un pont étroit et pouvant chacune admettre le petit doigt, et en haut avec la bronche gauche, à travers le diaphragme, par une ouverture beaucoup plus grande. Un trajet pulmonaire assez large, flexueux et irrégulier y faisait suite.

Cette pièce anatomique, rare et curieuse, a été déposée dans la collection anatomique de l'hôpital, comme le résultat d'un abcès tuberculeux à la base du poumon gauche. (*Gaz. med. da Bahia.*)

Fracture de côte par la toux. De même que Nélaton rapporte un exemple de ce genre sur un homme offrant tous les signes de la diathèse tuberculeuse, le docteur Gillette en a observé un second à l'hôpital temporaire. Il s'agissait d'un peintre en bâtiments, âgé de cinquante-six ans, présentant le liseré gingival, atteint de phthisie au troisième degré du poumon droit et arrivé au dernier de l'émaciation et de la cachexie tuberculeuse. Dans un accès de toux, il perçut, à la base du côté gauche du thorax, une douleur subite, peu intense, sans craquement ni augmentation de dypsnée. La palpation permit de constater facilement une fracture complète de la onzième côte vers la partie moyenne, avec mobilité très-accentuée et crépitation des plus manifestes des deux fragments. Une poussée aiguë s'étant manifestée, quelques jours après, dans le poumon droit, la mort s'ensuivit et l'autopsie montra une fracture transversale non dentelée. (*Union méd.*, n° 75.)

Cet accident résulte-t-il de la friabilité plus grande des côtes par l'état de consomption extrême de ce malade, ou bien de l'influence du plomb à laquelle il était soumis et que l'on a accusé d'atrophier les os comme les nerfs

et les muscles ? L'examen chimique des diverses côtes n'a décelé aucun dépôt plombique dans l'intérieur de ces os ; ce qui tend à démontrer que cette fracture s'est produite sous l'influence de la tuberculisation. Si rare qu'elle soit, il faudrait donc en tenir compte, en pareil cas, surtout lorsque la toux est très-violente et quinteuse, en appliquant un bandage contentif au niveau des fausses côtes.

Silphium ou *Silphion*. Dans la lutte ardente qui s'est élevée sur l'identité de cette plante et sa valeur thérapeutique dans la phthisie, depuis que l'infortuné docteur Laval l'a rapportée de la Cyrénaïque, voici une expérience désintéressée qui mérite d'avoir un certain poids dans la question de son emploi.

Sur 34 militaires, âgés de vingt-et-un à vingt-six ans, atteints de tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique, le docteur Viry, médecin-major, a employé comparativement l'huile de foie de morue chez 18, l'arsenic chez 8 et l'extrait aqueux de Silphium chez 8, sans autre choix que l'ordre des entrées à l'hôpital et en faisant d'ailleurs la thérapeutique des symptômes.

Or ce dernier, à la dose de 5 à 25 centigrammes, a donné lieu à des effets sensiblement uniformes aux deux agents précédents. Si un malade traité par cet extrait, entré mourant, est bientôt sorti amélioré, ç'a été pour aller mourir peu après dans sa famille ; si un autre a été pris d'une poussée aiguë qui l'a rapidement enlevé, pendant le traitement, ce sont là des faits qui montrent que ce médicament n'est pas plus infaillible que les autres, quoi qu'en disent les réclames ; mais qu'il provienne du Thapsia ou du Silphium, il est évident qu'il peut être utilisé dans la phthisie, au même titre que l'arsenic dont il paraît un succédané. (*Gaz. hebd.*, n° 39.)

La vérité sur le prétendu Silphion de la Cyrénaïque (sylphium cyrenaicum du docteur Laval), ce qu'il est, ce qu'il n'est pas, par F. Herincq, attaché au muséum d'histoire naturelle de Paris, etc., etc. Brochure in-8° de 51 pages avec une carte de la Cyrénaïque, 2e édition, Paris. Démonstration péremptoire que cette plante n'est que le thapsia garganica.

De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire, par le doc-

teur G. Daremberg, chef des travaux chimiques au laboratoire de la Charité, etc., etc. Brochure in-8°, Paris.

Revenant sur l'étude de cette voie si considérable de déperdition des phthisiques, trop négligée par les modernes, l'auteur montre que les crachats peuvent contenir presque autant de phosphates et de chlorures que les urines et que c'est là une des principales causes de dénutrition. De là l'indication de diminuer ou de tarir cette source d'affaiblissement avec la créosote du goudron de hêtre qui, à la dose de 20 centigrammes par jour, a donné des résultats excellents à M. Bouchard, agrégé.

Au point de vue du diagnostic, la présence du pus et de fibres élastiques dans les crachats indique un processus ulcératif par la fonte du tubercule. Tandis qu'ils sont visqueux, striés de sang, dans la période aiguë, qu'ils contiennent du sang chez les diabétiques, qu'ils sont noirs chez les mineurs, anthracosiques, pierreux, calculeux d'autres fois, ce qui permet d'en reconnaître l'étiologie, les phénomènes stéthoscopiques peuvent, bien mieux que leur simple inspection, annoncer le degré, l'étendue et la nature même de la maladie.

Phthisie caséeuse. *Coïncidence avec l'anévrysme de la crosse de l'aorte.* Dans un travail d'une grande érudition, le docteur Hanot montre la fréquence, signalée par Stokes le premier, de la phthisie avec l'anévrysme aortique établie sur de nouveaux faits. Il émet cette théorie que c'est par suite de la compression du pneumo-gastrique par le sac anévrysmal que les lésions pulmonaires ont lieu et cherche à le prouver par de nombreuses observations, en faisant ainsi de cette pneumonie ou phthisie caséeuse de véritables troubles trophiques d'origine nerveuse. Il a été conduit à cette pensée par les cas de péricardite, d'aortite, d'ulcérations et de plaques gangréneuses sur l'œsophage et la trachée dans des cas où il n'y avait pas trace de compression. Les lésions s'expliquent ainsi aisément et rationnellement par simple action trophique.

Mais la compression seule de l'artère pulmonaire par l'anévrysme amenant les mêmes lésions par le rétrécissement qu'elle provoque et l'altération de la circulation, il reste à se demander quelle est de ces deux causes la plus

efficiente ou si elles le sont également. Reste encore la prédisposition tuberculeuse à élucider. C'est d'ailleurs une question de pure curiosité étiologique, car, dans l'un et l'autre cas, il n'y a guère moyen de prévenir cette redoutable complication. (*Archiv. de méd.*, juillet, août et septembre.)

Phthisie galopante. *Feuilles de noyer.* Un honorable et savant médecin de Reims, M. Luton, qui se distingue particulièrement par ses nouveautés thérapeutiques, que l'on pourrait même taxer d'excentricités, vante l'efficacité de l'extrait de feuilles de noyer, préparé dans le vide avec de grandes précautions et donné à la dose de 1 à 5 grammes dans une potion gommeuse à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure dans la journée, contre la granulie, quel qu'en soit le siége. Ses effets sont si prompts que, dès le premier jour, la fièvre s'abaisse, la langue se nettoie, l'appétit renaît; la malade semble en un mot revenir à la vie; toutes les fonctions, un instant suspendues ou perverties, reprennent leur cours habituel. Les accidents locaux s'atténuent parallèlement : l'appareil congestif, développé sur différents points où le mal tendait à se localiser, tombe comme par enchantement. Du côté de la poitrine surtout, tout semble se modifier d'instant en instant: la dypsnée cesse, les engoûments pneumoniques se dissipent, les râles deviennent franchement humides et l'expectoration se fait sans peine, pour tarir bientôt. Vers l'abdomen, le météorisme s'affaisse, les selles se modèrent et reprennent leur aspect normal, l'épanchement ascitique se résorbe. Dans la forme encéphalique, le plus souvent la médication est intervenue trop tard, et l'on a été débordé par la rapidité des accidents, sans compter que la tendance au vomissement peut empêcher l'absorption du médicament. Pour ce cas particulier, il y aurait lieu de donner l'extrait de noyer en lavement; ou bien, si l'on parvient à en dégager un principe actif cristallisable ou soluble, on aurait recours à la méthode hypodermique. (*Gaz. méd.*)

N'étaient le talent et le crédit de l'observateur qu'on le taxerait de méprise *à priori*. Comment, dans une maladie aussi grave, atteignant tout l'organisme, quelques grammes d'extrait de feuilles de noyer peuvent-ils, en quelques heures,

modifier l'appareil symptomatique comme un antidote, un spécifique? On se prend à douter quand même en pensant que l'auteur s'est trop pressé, dans ce cas comme dans plusieurs autres où ses avances n'ont pas été prises au sérieux et desquelles il n'a plus été question depuis. Tels sont les cyanures contre le rhumatisme, la noix vomique contre l'alcoolisme, les injections morphinées contre les récidives du cancer, la diète hydrique contre la fièvre typhoïde et *tutti quanti*. Tout cela peut être très-ingénieux, mais ne paraît guère sérieux et n'est pas suivi. L'extrait de feuilles de noyer est pourtant un secours précieux dans une maladie contre laquelle on ne trouve en général rien à donner que des palliatifs.

Phthisie syphilitique. On s'est beaucoup raillé de Morton et ses contemporains qui admettaient une phthisie vénérienne, lorsque Bayle et Laennec découvrirent, au commencement de ce siècle, le tubercule comme cause unique de la phthisie pulmonaire. Ce fut une des principales raisons invoquées pour invalider toutes les observations cliniques antérieures n'ayant pas subi le contrôle du stéthoscope, et voici que, par une amère contradiction, celui-ci même vient confirmer ce que l'œil et le tact seuls avaient prévu, annoncé, induit. A mesure en effet que les lésions anatomiques de la syphilis se précisaient, on ne tarda pas à rencontrer des gommes dans le tissu connectif des bronches et du poumon, où siége même le tubercule. On les appela d'abord tubercule syphilitique, comme Mac Carthy en 1844. Le titre de phthisie syphilitique était donc rigoureux. Mais M. Ricord ayant montré, dès l'année suivante, dans ses leçons cliniques, qu'il s'agissait de tumeurs gommeuses, ce titre n'avait plus de raison d'être, celui de *syphilis pulmonaire* était plus exact quoique ces gommes déterminassent des accidents semblables à ceux du tubercule même, tels que toux, expectoration, hémoptysie, dyspnée, souffle caverneux, gargouillement, etc. M. Rollet continue de l'appeler ainsi. De là la confusion des termes dans les divers travaux qui ont le mieux mis en lumière cette réalité de l'influence de la syphilis dans les affections pulmonaires, comme ceux de MM. Lagneau, Yvaren, Graves, Virchow, Hérard et Cornil, etc. Il faut arriver jusqu'à M. A. Fournier qui, dans

ses leçons classiques, introduit nettement le titre de phthisie syphilitique, pour désigner cette dégénérescence des poumons par les gommes et les hyperplasies ou scléroses syphilitiques pouvant simuler la tuberculose pulmonaire. De là l'utilité d'en placer ici la description pour mieux en établir le diagnostic différentiel avec elle.

La syphilis pulmonaire est, d'après M. Fournier (*Gazette hebdom.*, nos 49 et 51, 1875), beaucoup plus fréquente qu'elle n'est admise parce qu'étant souvent liée à la syphilis congénitale et n'étant qu'une manifestation tertiaire, elle est souvent méconnue et confondue avec la phthisie tuberculeuse. De là l'urgence de remonter toujours à cette cause quand l'hérédité tuberculeuse ou les causes ordinaires ne sont pas manifestes.

Son caractère distinctif est un début latent et une marche excessivement lente. Il faut donc la rechercher surtout dans les formes torpides. Les gommes et les scléroses syphilitiques du poumon ne fournissent de signes appréciables qu'à une époque déjà avancée de leur évolution. C'est un peu de gêne de la respiration, avec toux rare, faible, sèche, sinon une expectoration catarrhale peu abondante.

Ces accidents sont produits, suivant M. Rollet, par la diminution du calibre respiratoire pris par le syphilôme et le rétrécissement de celui de grosses bronches voisines, la tuméfaction catarrhale concomitante et la présence du liquide dans les voies respiratoires résultant de l'inflammation secondaire des lobules pulmonaires autour du syphilôme.

Si la lésion est superficielle, on peut, dès cette époque, constater les signes physiques d'une induration. Ses caractères alors peuvent différer du tubercule. Tout en siégeant dans toutes les parties du poumon, la gomme se rencontre rarement au sommet, elle n'est jamais à l'état miliaire ni demi-transparente comme la granulation tuberculeuse. Au contraire, elle est ordinairement isolée et ne siége que dans un poumon ; sa consistance est plus grande que celle du tubercule, renfermée qu'elle est dans une coque fibreuse. L'induration commençante est donc, en général, bien mieux limitée et circonscrite.

L'expectoration mucoso-purulente en se prononçant et même les hémoptysies sont toujours moins abondantes que

dans la tuberculose. Aussi peuvent-elles exister longtemps sans que l'état général s'altère sensiblement ni que la vie soit menacée. La prédominance de la localisation est manifeste. Ce n'est que tardivement et très-lentement que la cachexie et la fièvre hectique ont lieu et que l'on constate une caverne.

Dans les cas types, exempts de complications qui en altèrent la marche, il est donc possible de distinguer la nature syphilitique des lésions. A plus forte raison, s'il existe encore des manifestations sensibles de la syphilis, exostoses, périostoses, ulcérations de la peau, etc., d'anciennes cicatrices sur les amygdales ou la peau, la destruction de la luette, des pertes de substances dans les os de la voûte palatine, peuvent même servir de guide à cet égard.

Le pronostic doit donc varier suivant l'époque et l'étendue des lésions et les complications qui peuvent se rencontrer. Il est le plus grave chez les tuberculeux à cause de la déchéance de la constitution et l'opposition de cette diathèse à l'élimination du virus syphilitique. Au début, et isolées, circonscrites sur un sujet résistant, on en obtient au contraire assez facilement raison avec le mercure uni à l'iodure de potassium et un régime tonique. Les indurations se fondent et les accidents disparaissent. Les cavernes, succédant au ramollissement des gommes, peuvent même se cicatriser sous l'influence de cette médication spécifique, malgré que les parois en soient ordinairement sclérosées. Dans les cas douteux, suspects, on doit donc au moins tenter cette médication. C'est, à n'en pas douter, ainsi que le calomel et les mercuriaux ont été préconisés.

PHYSIOLOGIE. Si rien n'est plus propre à faire avancer cette science que l'expérimentation sur les animaux, les vivisections, il faut reconnaître qu'un véritable abus en est fait aujourd'hui. Autant les anciens en étaient sobres, ce qui ne les a pas empêchés de découvrir la circulation du sang et de la lymphe, les propriétés des nerfs moteurs et sensitifs et tant d'autres fonctions organiques, autant on en abuse maintenant, sans que les résultats répondent à cette immense hécatombe d'animaux que des néophytes torturent souvent sans raison ni utilité. La création des laboratoires en Allemagne, en les mettant partout à la mode, a surtout

contribué à ces expérimentations spéculatives. Les physiologistes les plus autorisés s'adressaient autrefois aux vétérinaires distingués lorsqu'ils avaient des recherches à faire, des secrets à surprendre sur les grands animaux vivants. Dupuytren, Bérard, Rayer, Trousseau, ne firent pas autrement leurs mémorables découvertes. Ce n'est que depuis Magendie, Longet, que l'on s'est habitué à se passer de ces auxiliaires, ces collaborateurs naturels de la médecine comparée. Aujourd'hui, le plus simple étudiant croit faire des expériences pour se distinguer. Chiens, chats, lapins, cobayes, souris, rats et surtout grenouilles, sont tourmentés, torturés à qui mieux mieux, pour constater souvent des choses inutiles, parce qu'on ne peut pas toujours conclure de ce qui se passe chez ces animaux à l'homme.

Un seul exemple suffira à le prouver. Falk a récemment soumis six chiennes adultes et quatre jeunes chiens à la privation absolue de nourriture et de boisson, pendant soixante et un jours, pour constater les phénomènes de température, de circulation et d'excrétion qui se passaient chez eux dans ces conditions, comme si l'on n'avait pas eu trop d'occasions de constater les effets de l'inanition prolongée chez l'homme, et si ceux-ci pouvaient être éclairés par ce qui se passe chez le chien!

Ces cruautés inutiles ont été si excessives que l'opinion publique s'en est émue, le sentiment général s'est révolté. Non en Allemagne, où la prétendue douceur de ces bons Allemands aurait peut-être le plus lieu de s'attendrir, mais en France, à Paris notamment, où des réclamations énergiques ont été faites à cet égard, et où des mesures répressives ont été édictées.

La libérale Angleterre s'est aussi montrée sensible à ces excès d'expérimentation sur les animaux vivants. Un projet de loi est en ce moment soumis au Parlement pour les réprimer, les empêcher. Rien ne prouve encore qu'il aboutisse, tant ce projet soulève de récriminations parmi les médecins, les physiologistes et tous les savants. Sans doute il est déplorable de voir les progrès de la physiologie menacés par ces mesures répressives applicables à des maîtres autorisés. Le professeur Schiff a été ainsi moralement obligé de quitter sa chaire de physiologie expérimentale à Florence par les tracas qu'on lui a suscités à cet égard. Mais ne

drait-il pas alors de crier haro sur la publicité de
:es expériences spéculatives, sans but et sans portée,
celles qui nous viennent tous les jours d'outre-
'est aux maîtres surtout à les désavouer et à les con-
'.

dik der phisiologischen Experimente und Vivisec-
(Méthode de physiologie expérimentale et de vivi-
), par E. Cyon, avec atlas de 54 planches. Giessen et
étersbourg. — Après le Manuel excellent du docteur
ion pour le laboratoire physiologique, l'ouvrage du
eur Cyon est certainement la meilleure preuve de
i général et universel des vivisections et de l'impor-
ccordée à ces recherches. La réserve à garder dans
ériences et les règles à suivre sont cependant les
's préceptes de l'auteur. On ne doit jamais procéder
ivisection, dit-il, sans que l'impossibilité d'atteindre
qu'on se propose ne soit prouvée autrement. Une
sie préliminaire est indispensable, et il condamne
èrement ces expérimentateurs empressés et sans
i n'ont égard ni aux souffrances ni à la vie des
x.

CENTA. De même que M. Cl. Bernard, en décou-
ıe matière glycogène dans cet organe chez les ron-
montrait que son rôle ne se borne pas à un simple
entre le fœtus et sa mère, M. Dastre confirme et
ette interprétation. Il a constaté, en effet, à toute
du développement des cellules polyédriques de l'é-
m du chorion, des matières grasses en granulations
e en gouttelettes, de même que dans les cellules de
des petits vaisseaux sous-jacents. Ce n'est donc pas
épôt graisseux, mais l'indication d'un mouvement
continu.
ntraire, il a constaté, dans les interstices du stroma
ion des ruminants et des pachydermes, un réseau de
blanchâtres, si facilement visibles qu'il est surpre-
'elles aient échappé à l'attention des embryologistes.
ques, dites *choriales*, présentent toutes les réactions
sphate de chaux tribasique et ne paraissent être
hose que les matériaux mêmes de l'ossification, éla-

borés et emmagasinés dans le chorion, en attendant le moment de leur utilisation dans l'organisme fœtal.

En dehors de la filtration et de l'absorption communes à toutes les membranes, le placenta, dont un repli du chorion est la base élémentaire, doit donc apparaître comme élaborant une matière glycogène et des phosphates qu'il entrepose dans son tissu et sans doute comme modifiant les substances maternelles par une sorte de digestion et de respiration. Telle est du moins la nouvelle interprétation qui est donnée par M. Dastre. (*Ann. des sc. anatom.*, IVe vol.)

Insertion sur le col. Au lieu de le percer avec l'index et de le traverser avec la main, pour ouvrir la poche des eaux et procéder à la version, le docteur Davis, ayant reconnu dans un cas que l'adhérence, au lieu d'être centrale, avait lieu plus d'un côté que de l'autre, introduisit sa main de ce côté-ci entre l'utérus et le placenta, qu'il détacha avec soin jusqu'à ce que son bord fût libre. Il le repoussa ensuite avec trois doigts de l'autre côté, et, la poche des eaux faisant saillie, il la perfora. La tête ne tarda pas à s'engager, et, en fixant le placenta détaché où il avait été placé, l'accouchement put se terminer naturellement et sans hémorrhagie. Par ce moyen, en effet, le placenta est maintenu en connexion avec l'utérus sur une surface suffisante pour la vie de l'enfant. La version est évitée et l'hémorrhagie, si redoutable et infaillible autrement, est prévenue. Il permettrait même, en cas de besoin, une application de forceps. (*Med. Society of Pensylvania.*)

Cette opération ne peut être tentée, bien entendu, que dans des circonstances exceptionnelles, alors que l'hémorrhagie n'oblige pas à agir précipitamment, et que le col est suffisamment dilaté. — Voy. SOUFFLES.

PLAIES. *Action de l'air.* La nouvelle doctrine panspermiste de M. Pasteur tend à changer complétement, à bouleverser les idées régnantes à ce sujet. Sauf quelques résistances, la chirurgie et les chirurgiens ont vécu depuis quarante ans sur cette croyance, que l'air atmosphérique est un agent délétère pour les plaies soumises à son action et qu'il faut les en préserver. M. Jules Guérin a été l'un des plus actifs fauteurs de cette doctrine, parce qu'elle venait à

l'appui de l'efficacité de la chirurgie sous-cutanée dont il s'est constitué l'apôtre. De ce que la plupart des plaies sous-cutanées ne donnaient pas de suppuration, il en a conclu implicitement, plutôt que par démonstration directe, que le contact immédiat de l'air produisait la suppuration. De là la division en plaies exposées et non exposées, l'extension exagérée de la chirurgie sous-cutanée et la guérison de toutes les maladies, même des abcès froids et par congestion, par cette méthode. Il a aussi prétendu que la fièvre puerpérale était produite par l'introduction de l'air dans l'utérus béant. La conséquence en a été l'invention de sa méthode d'occlusion pneumatique des plaies dont les applications très-restreintes n'ont pu justifier la théorie, même sur les amputés de la Commune.

Suivant M. Pasteur, ce n'est pas l'air atmosphérique qui a une action délétère sur les plaies, mais les impuretés, les germes, les animalcules, les organismes microscopiques qu'il contient. Eux seuls déterminent la suppuration. L'air pur, filtré, c'est-à-dire composé simplement d'oxygène et d'azote, loin d'être nuisible aux plaies, leur est favorable et produit leur cicatrisation. L'efficacité du bandage ouaté de M. A. Guérin en est la preuve. L'absence de suppuration dans la plupart des cas et de bactéries, quand elle existe, en est une démonstration péremptoire, s'il est vrai que l'air puisse traverser cette énorme couche de ouate tassée, comme des expériences directes tendent à le montrer.

Une comparaison ingénieuse de M. Pasteur montre que la cicatrisation des plaies peut avoir lieu dans l'air pur : c'est celle d'un cristal d'alun dont un angle est brisé. Placé dans l'eau-mère, il éprouve, au niveau de la mutilation, un travail de réparation extrêmement actif ; la balance montre que le dépôt de la substance minérale a lieu en ce point avec incomparablement plus d'abondance que sur le reste du cristal. L'oxygène de l'air a une telle importance dans l'ensemble des actes de la nutrition, surtout dans les phénomènes physiques et chimiques de la nature morte et vivante, qu'il est impossible qu'il n'ait pas une très-grande influence sur les actes de réparation organique et la cicatrisation des plaies en particulier. La doctrine contraire lui semble absolument erronée.

Les idées, les théories de M. Jules Guérin, ou plutôt ses

méthodes, ses doctrines, comme il se plaît à les caractériser, sont ainsi détruites de fond en comble. Le fait est qu'aujourd'hui les chirurgiens n'ont plus guère peur de l'air. M. Lister en baigne la surface des plaies après l'avoir corrigé par des substances antiseptiques, et elles se cicatrisent parfaitement, parfois sans suppuration. Il n'est ainsi ni douloureux ni irritant pour les plaies. Sa pureté est la condition essentielle, et c'est pourquoi, dit M. A Guérin, les plaies guérissent mieux à la campagne qu'à la ville, l'air y étant plus pur. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Action des liquides. C'est bien plus aux liquides qu'à l'air, que M. Kœberlé attribue les complications et le défaut de réunion par première intention. Une plaie convenablement réunie depuis quelques heures, dit-il, doit être indolente; si en passant le doigt dessus, il y a un ou plusieurs points sensibles, on peut être convaincu que du liquide s'y trouve accumulé. Qu'il provienne des vaisseaux sanguins, lymphatiques ou de l'exsudation des tissus causée par l'inflammation, l'œdème ou une compression mal faite, la présence d'un corps étranger, ce liquide décomposé, irrite et infecte, et devient le point de départ de la douleur, de la fièvre traumatique, de la septicémie et de tous les accidents.

Il faut, dans ce cas, séparer les lèvres de la plaie sans tarder, et enlever le liquide avec une boulette de charpie ou un drain. Autrement, le liquide s'accroît, il écarte les lèvres de la plaie profondément, si elles sont fermées superficiellement, devient purulent et putride, imbibe les tissus, pénètre dans les vaisseaux récemment déchirés et occasionne la phlébite, la lymphangite, la septicémie et la pyémie.

Pour éviter cette accumulation de liquides et ses conséquences surtout lorsqu'une hémorrhagie n'a pu être arrêtée que partiellement, le chirurgien strasbourgeois leur ménage une voie d'écoulement à la partie la plus déclive, en y plaçant de petits tubes en verre à extrémités parfaitement lisses. Ils sont moins irritants que les drains en caoutchouc, et sont plus sûrement maintenus en place avec un fil. Le déplacement en est rendu moins sensible en touchant préalablement les parties où ils doivent être mis avec une solution concentrée de perchlorure de fer qui les dessèche su-

perficiellement. On les remplace ensuite par des tubes en gomme.

La section des vaisseaux lymphatiques donne surtout lieu à ces complications. Par le mélange du sang avec la lymphe, il s'opère des métamorphoses régressives, un liquide trouble, brunâtre, puriforme, dont l'action est très-septique. La lymphorrhagie se tarit difficilement et empêche absolument la cicatrisation; elle entraîne la septicémie et l'érysipèle traumatique. Aussi est-il essentiel de pratiquer les incisions dans le sens des lymphatiques, afin d'en sectionner le moins possible. C'est en tenant compte de ces considérations que la réunion immédiate s'opère sans complications. (*Allgem. Wiener mediz. Zeitung*, nº 24.)

Tannin. C'est à une solution concentrée, soit environ parties égales d'eau et de tannin — 30 grammes pour 24 d'eau — que le docteur Miall donne la préférence. Il l'emploie à l'infirmerie de Bradford plutôt comme astringent que comme styptique et comme moyen d'occlusion des plaies superficielles en l'étendant dessus avec un pinceau comme le collodion. En séchant, cette couche se transforme à l'air en une pellicule protectrice qui amène la sédation des douleurs. Les ulcères, les plaies d'amputation et autres en sont recouvertes avec avantage, ainsi que l'opération du bec de lièvre, l'érysipèle phlegmoneux chronique. (*Amer. journ. of med. sciences*, 1875.)

Plaies atoniques. Le sulfure de carbone recommandé pour le pansement des ulcérations chroniques par le docteur Guillaumet (Voy. *année* 1875), lui a également réussi dans celui des plaies anciennes et atoniques de toutes sortes. Appliqué topiquement, c'est un excitant énergique de la vitalité des tissus dont l'action est toute locale. Son odeur n'est pas un obstacle à son emploi, et il n'y a à redouter aucun des accidents signalés à la suite de l'inhalation prolongée de ces vapeurs. Malgré l'irritation produite, les bourgeons charnus deviennent très-rarement exubérants. Son emploi dans les pansements doit être proportionné à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie, sans s'en servir jamais plus d'une fois par jour. Le sous-nitrate de bismuth en poudre sert avantageusement à recouvrir la plaie. (*Du trai-*

tement des ulcérations chroniques (syphilis et scrofule) *et des plaies atoniques par le sulfure de carbone*, par le docteur A. Guillaumet, brochure in-8°. Paris.)

PLEURÉSIE. *Emploi des vésicatoires.* En les appliquant au début, quelles que soient l'intensité de la fièvre, la rareté ou l'abondance de l'épanchement, contrairement à la pratique générale, on évite, selon M. J. Besnier, l'opération de la thoracentèse et toutes ses conséquences. Il a obtenu jusqu'ici de cette pratique les meilleurs résultats, aussi bien en ville que sur les malades du bureau de bienfaisance. 4 observations entre autres, dans lesquelles la résolution a été obtenue par un ou deux vésicatoires dans l'espace de huit à quinze jours, viennent à l'appui de ses assertions. L'irritation momentanée du vésicatoire sur la peau ne peut influencer en rien la fièvre. Quant à l'irritation du rein par la cantharide, les expériences sur le chien, faites par le docteur Galippe, démontrent que la cantharidine est un agent cardiaco-vasculaire et anti-pyrétique, propre à combattre plutôt la fièvre qu'à l'augmenter. L'aggravation qui s'observe après l'application du vésicatoire et la transformation purulente de l'épanchement n'en dépendent donc pas. L'application hâtive du vésicatoire ne peut avoir ainsi que des avantages, bien mieux que l'application tardive, faite après la chute plus ou moins prononcée de la fièvre. (*Soc. méd. d'émulation*, avril.)

Pleurésie gangréneuse. V. PLEUROTOMIE.

PLEUROTOMIE. Nom nouveau donné par M. Moutard-Martin à l'opération de l'empyème qu'il a tant contribué, par ses succès, à vulgariser. Voici le manuel opératoire qu'il emploie, décrit par M. Peyrot dans sa thèse inaugurale.

Après s'être assuré, par une ponction aspiratrice, qu'il y a bien un épanchement, on fixe, par le palper, les deux côtes qui limitent l'espace où l'on se trouve. Sur le milieu de la côte inférieure, employée en quelque sorte en guise de table, on coupe toutes les parties molles dans l'étendue de 7 à 8 centimètres. La lèvre supérieure de cette incision est relevée; le muscle intercostal externe se trouve découvert; alors la pointe du bistouri est introduite sur le bord supé-

rieur de la côte inférieure dirigée par la pulpe de l'index gauche qui sent et presse ce bord. On pratique ainsi une petite ouverture par laquelle se fait jour aussitôt la matière épanchée. A partir de ce moment, on fera bien de remplacer le bistouri pointu par un bistouri boutonné, lequel sera d'abord porté en arrière dans une étendue de 2 à 3 centimètres environ. Dans ce mouvement, on rasera toujours le bord supérieur de la côte, comme on rase avec un couteau une branche d'arbre que l'on veut dépouiller de son écorce. Le bistouri sera alors retourné, ramené, le tranchant en avant, au niveau du point où a été pratiquée la ponction, et l'on complètera l'ouverture en taillant les muscles intercostaux et la plèvre d'arrière en avant, dans la même étendue qu'on l'a fait déjà d'avant en arrière. Dans ce dernier temps, il sera toujours bon d'explorer la voie que va suivre le tranchant, avec le doigt introduit dans la cavité pleurale. Cette simple précaution n'est pas toujours nécessaire, mais elle met si bien à l'abri de tout accident qu'on ne doit jamais négliger de l'employer.

De la sorte, il est impossible de jamais blesser ni le diaphragme, ni le cœur, ni l'artère intercostale. L'incision de la peau sera plus étendue dans tous les sens que l'incision de la plèvre. La plaie superficielle et la plaie profonde ne seront pas tout à fait parallèles : mais les surfaces obliques seront précisément disposées de façon à favoriser l'écoulement des liquides contenus dans le thorax et à prévenir leur infiltration dans le tissu cellulaire des parois.

On fera presque toujours la pleurotomie dans le huitième espace intercostal, vers la partie moyenne des côtes, au niveau de la ligne axillaire, ou un peu en arrière. Là l'espace intercostal est facile à atteindre et les pansements commodes à installer. C'est généralement le point choisi par les opérateurs.

Étude expérimentale et clinique sur le thorax des pleurétiques et sur la pleurotomie, par le docteur J.-J. Peyrot, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris ; in-8° de 153 pages, Paris.

Il est urgent de la pratiquer, suivant le docteur Prévost, toutes les fois que l'épanchement devient infectieux par la gangrène des fausses membranes retenues dans la plèvre,

ce que l'odeur sulfuro-ammoniacale du liquide fourni par la thoracentèse, joint à l'élévation du pouls et de la température, révèle ordinairement. Elle n'est même pas contre-indiquée par un état de marasme coïncidant avec un souffle caverneux du sommet, râles ou frottements simulant des craquements humides, qui peuvent faire croire à la tuberculose.

C'est ainsi que chez un premier malade, entré à l'hôpital cantonal de Genève avec cet appareil symptomatique, on diagnostiqua des tubercules pulmonaires qui firent rejeter la pleurotomie. Le malade mourut cinq jours après, et l'autopsie montra une pleurésie purulente avec des fausses membranes dissociées dans une décomposition putride gangréneuse, nageant dans le liquide, sans trace de tubercules.

Les mêmes symptômes se représentèrent dans deux autres cas consécutifs. La pleurésie, devenue purulente et de mauvaise nature, s'était transformée en pyopneumothorax, et les signes fournis par l'auscultation et la percussion pouvaient fort bien induire en erreur et faire croire à des excavations tuberculeuses du sommet. Mais ayant observé les malades dès le début, et éclairé par le cas précédent, M. Prévost considéra le souffle à timbre caverneux et les râles simulant des craquements, non comme des signes de caverne, mais comme les résultats d'une compression du poumon. Il fit pratiquer l'empyème par M. Odier et les deux malades guérirent rapidement. L'amélioration immédiate qui suivit l'évacuation des fausses membranes putrides et le lavage de la plèvre, alors que tous les désinfectants introduits auparavant par l'ouverture de la thoracentèse étaient restés sans effet, montre qu'il n'y a pas à douter du bon résultat de cette opération.

L'apparition d'accès de fièvre dès qu'une circonstance accidentelle s'oppose au libre écoulement du liquide purulent, comme l'obstruction du tube placé à demeure, et leur disparition par un lavage plus complet, en est une autre preuve.

C'est donc le seul moyen réellement efficace à employer en pareil cas ; l'expectation ne peut qu'aggraver le pronostic et expose le malade à une infection générale. (*Note sur trois cas de pleurésie gangréneuse* lue à la Société méd. de Genève ; brochure in-8° de 19 pages avec tableaux sphygmographiques. Lausanne.)

PNEUMONIE. *Causes de sa fréquence à droite.* En réunissant à la statistique des 145 cas d'Andral et les 59 de Morgagni, de Haen et d'autres, 44 observations de M. A. Alvarez, on trouve un total de 248 pneumonies, dont 149 du poumon droit, 72 du gauche et 27 des deux simultanément. Cette préférence bien marquée de l'inflammation pour le poumon droit, démontrée statistiquement, s'explique tout simplement, selon M. Santarem, par le volume, le poids et le diamètre transversal supérieur de ce poumon sur le gauche, la longueur de l'artère pulmonaire, supérieure de 10 millimètres à droite qu'à gauche, de l'exercice plus grand de ce côté et du défaut de compression que le poumon gauche éprouve de la part du cœur en avant et l'aorte thoracique en arrière. En un mot, c'est de sa supériorité même de vitalité que le poumon droit aurait le triste privilége de s'enflammer. La maladie d'un organe serait ainsi adéquate à sa vitalité, d'après le médecin espagnol. (*Siglo med.*, janvier, nº 1150.)

Toute anatomique qu'elle soit, cette explication nouvelle ne manque pas de vraisemblance. Elle résulte de la physiologie même montrant que plus un organe travaille activement ou mécaniquement et plus il est exposé à se déranger, à se léser.

The natural history and relations of pneumonia (Histoire naturelle de la pneumonie et ses rapports), par Octave Sturges; un gros volume avec planches, basé sur tous les travaux publiés pendant les dix dernières années.

Pneumonie rémittente. Par une fausse interprétation, M. le professeur Bourgade, d'Aix, désigne, sous ce titre, des pyrexies rémittentes avec phénomènes congestifs spéciaux du côté des bronches et du poumon. C'est lui-même qui fait cette distinction. Aussi bien, ajoute-t-il, est-elle essentiellement différente de la pneumonie inflammatoire. Elle en diffère par une grande mobilité dans le siége et la succession des symptômes physiques, par l'irrégularité de la marche, et principalement par l'apparition périodique, quotidienne ou tierce, d'accès fébriles caractérisés par une élévation subite de la température de deux degrés au moins, suivie de défervescence brusque au bout d'un certain nombre d'heures.

Tous ces signes essentiels et distinctifs montrent donc que ce n'est pas une pneumonie, mais une fièvre paludéenne à forme larvée, donnant lieu à des congestions broncho-pulmonaires pendant l'accès. Les cas en sont assez fréquents dans la région moyenne de la France.

Ce n'est donc pas sous ce titre qu'il fallait les présenter ni les enregistrer. Et la preuve, c'est que l'indication curative essentielle, de l'aveu de l'auteur, est de donner le sulfate de quinine à l'époque la plus rapprochée possible du début de la pyrexie, la lésion locale pouvant être négligée sans danger car elle disparaît sans traitement spécial. Elle n'est donc que symptomatique, et c'est sous le titre de fièvre qu'elle doit être enregistrée. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Pneumonie sénile. Contrairement à l'opinion générale, établie sur la statistique, que les personnes âgées atteintes de pneumonie en meurent plus fréquemment qu'aux autres âges, le docteur Glover relate trois observations de femmes de 67, 75 et 79 ans, qui en ont guéri. La condition importante pour lui est d'attendre ou de provoquer la crise naturelle qui tend à se produire, celle de la sudation en particulier, et de ne pas instituer un traitement trop actif. Soutenir les forces du malade, diminuer la température en donnant de petits morceaux de glace pour apaiser la soif, sont les seuls moyens qu'il emploie et qui lui ont valu ses succès. (*Lancet*, n[illegible], juillet.)

Ces préceptes sont trop sages pour ne pas être recommandés. Quelques centigrammes de kermès unis à quelque préparation opiacée pour provoquer le sommeil, et un vésicatoire au besoin *loco dolenti*, nous ont, en général, donné les mêmes résultats.

PRIX. Une des plus nobles manières de récompenser le travail et le mérite est de perpétuer le souvenir de ceux qui en ont donné l'exemple et qui, par leur génie, ont enrichi la science de nouveaux moyens de guérison. C'est ainsi que l'inauguration du buste en bronze de l'illustre chirurgien Desault a eu lieu, le 13 octobre, dans sa ville natale de Lure (Haute-Saône). Parti d'un hameau de cette petite ville, aussi dépourvu d'argent que de savoir, étant fils d'un pauvre paysan, il sut s'élever par son génie et son

travail jusqu'à être le fondateur de l'anatomie chirurgicale et de la clinique en France, et eut l'honneur d'être le maître du grand Bichat, de Dupuytren, Larrey, Chopart. Il était juste de couronner ainsi cette gloire brillante de la chirurgie française.

Des témoignages éclatants ont aussi été rendus par la Société royale de Londres à la science française dans la personne de deux de ses plus illustres représentants. Dans sa réunion du 30 novembre, elle a décerné la médaille Copley à M. Cl. Bernard, pour ses découvertes en physiologie, et la grande médaille Rumfort à M. Janssen pour ses recherches sur la radiation et l'absorption de la lumière. C'est la première fois que ces deux distinctions sont accordées en même temps à deux savants de la même nation, et cette exception en augmente d'autant le mérite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Programme des Prix proposés pour 1877 :

Prix de l'Académie. De la glycosurie au point de vue de l'étiologie et du pronostic : 1,000 francs.

Prix Portal. Existe-t-il une pneumonie caséeuse indépendante de la tuberculose? 1,000 francs.

Prix Civrieux. Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début, et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue : 1,000 francs.

Prix Capuron. Du chloral dans le traitement de l'éclampsie : 2,000 francs.

Prix Barbier. Découverte des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés : 3,000 francs.

Prix Godard. Au meilleur travail sur la pathologie externe : 1,000 francs.

Prix Amussat. A l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale : 1,000 francs.

Prix Huguier. A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections, les accouchements* exceptés : 3,000 francs.

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; ceux des étrangers et les traductions sont seuls exclus.

Prix Saint-Lager. Voy. *année* 1873.

Prix Rufz de Lavison. Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation : 2,000 francs.

Les mémoires ou les livres pour ces prix devront être envoyés à l'Académie, rue des Saints-Pères, avant le 1er mai 1877. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs. Les concurrents aux prix Godard, Barbier, Amussat et Huguier, sont exceptés de cette dernière disposition.

Prix Vulfranc Gerdy. Sont seuls admis à y concourir, les internes titulaires des hôpitaux nommés au concours dans une ville où existe une Faculté ou une école de médecine, après deux ans d'exercice et les trois premiers examens du doctorat. Une épreuve écrite sur un sujet de physiologie ou de pathologie, et une épreuve orale de vingt minutes sur la physique et la chimie appliquée à l'hydrologie, devant un jury de cinq membres de l'Académie, en sont les conditions. Il a lieu tous les deux ans en novembre et décembre; deux places sont seulement accordées. Les

lauréats sont envoyés quatre années consécutives pendant la saison thermale à une station désignée, pour en étudier les effets, avec un subside de 1,500 francs, et la charge de présenter un rapport avant le 31 mars suivant. Une somme de 500 francs peut être allouée, si ce rapport en est jugé digne. Une quatrième année peut aussi être consacrée à une station d'hiver, mais sans que les stagiaires puissent se faire recevoir docteurs pendant cet intervalle de quatre années. Le titre de lauréat est accordé aux plus dignes, qui sont alors nommés inspecteurs par le Ministre.

Les demandes doivent être adressées à l'Académie avant le 31 octobre. Le premier concours aura lieu en novembre 1877.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Prix Lacaze. 10,000 francs au meilleur ouvrage ou mémoire ayant contribué aux progrès de la physiologie.

Prix Monthyon. Médaille d'or de 764 francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui aura le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Prix Barbier. 2,000 francs à l'auteur d'une découverte dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Bréant. 100,000 francs à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique ou qui en aura découvert la cause.

Prix Godard. 1,000 francs au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Ces prix sont annuels.

Prix Chaussier. 10,000 francs à décerner en 1879, au meilleur ouvrage qui aura paru dans les quatre années précédentes sur la médecine pratique ou la médecine légale.

Prix Serres. 7,500 francs à décerner en 1878, au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant

que possible à la physiologie et à la médecine. Adresser les travaux au secrétariat avant le 1er juin 1878.

Prix Dugaste. 2,500 francs à délivrer tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur *les signes diagnostiques* de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Adresser les ouvrages manuscrits ou imprimés, au secrétariat de l'Institut, jusqu'au 1er juin 1880.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE.

1878. I. Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels, d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine.

2,000 fr. de récompense.

II. Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques: 1,000 francs.

Adresser les mémoires rue de l'Université, 6, à Paris, jusqu'au 31 décembre 1877.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Faire connaître les différentes œuvres d'*assistance privée*, à Paris, en province ou à l'étranger, qui, par leurs ressources personnelles ou matérielles, permettent de pratiquer, *à domicile,* la médecine et la chirurgie des pauvres.

Les récompenses consisteront en une médaille d'or et en plusieurs médailles d'argent.

Adresser les mémoires, suivant les usages académiques, avant le 30 juin 1877, à M. le docteur Passant, secrétaire-général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

I. Apprécier, à l'aide d'opérations exactes, la véritable action des préparations arsénicales sur la nutrition.

II. Des foyers paludéens qui existent encore dans la ville de Lyon et sa banlieue, et des moyens les plus propres à les faire disparaître ou à en atténuer les effets.

500 francs de récompense à décerner en 1877.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

Quels sont les motifs qui, dans les derniers temps, ont fait abandonner les émissions sanguines dans le traitement de la plupart des maladies? La tendance à substituer les toniques aux antiphlogistiques est-elle justifiée? 300 fr.

Adresser les mémoires *franco* avant le 1er janvier 1878, au secrétaire-général, à Toulouse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Étude microscopique du sang humain, frais et sec, du fœtus et de l'adulte, comparativement à celle des autres mammifères, au point de vue médico-légal. 1,000 francs.

Adresser *franco* les travaux écrits en français ou en latin, à M. Douaud, secrétaire-général, allée de Tourny, 10, avant le 31 août 1879.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

En outre de la question médicale indiquée l'année dernière, en voici une de chirurgie :

Indiquer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches ; exposer les indications et les contre-indications, médaille de 1,000 fr. — Clôture du concours le 1er juillet 1877.

De la détermination des principales maladies endémiques qui règnent en Belgique, mises en rapport avec la constitution géologique des lieux où elles sévissent. Médaille de 1,500 francs. — Clôture du concours le 1er juillet 1878.

Les mémoires écrits lisiblement en latin, en français ou

en flamand, sont seuls admis. Ils doivent être adressés *franco*, et dans les formes académiques, au secrétariat de l'Académie, place du Musée, 1, à Bruxelles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN.

Prix Bonacossa. Quels développements doivent avoir les asiles publics près des populations civiles, et quel rôle incombe au médecin dans leur direction.

Indiquer les différents buts de l'asile, les conditions morales et matérielles de ceux d'Italie en les comparant à celles des asiles étrangers pour rendre les mémoires plus profitables.

Voir les conditions indiquées en 1875. Terme du concours, 31 décembre 1879 : 600 francs.

INSTITUT LOMBARD

au Palais Brera à Milan.

Prix Secco-Commeno. Indiquer une méthode de crémation pouvant être substituée à l'inhumation actuelle.

A la somme de 864 francs, la Société milanaise pour la crémation ajoute 250 francs en faveur du lauréat. Adresser les mémoires avant la fin de 1877.

Du suicide en Italie, d'après une statistique exacte des suicides pendant les vingt dernières années, suivant le sexe, la profession et l'état civil, la religion, le lieu, la saison et l'heure du suicide, ses causes et le mode dont il a eu lieu. Terme du concours le 28 février 1878 : 864 francs.

Prix Fossati. La clinique et la physiologie expérimentale du cervelet, en rapport avec les fonctions assignées à cet organe d'après la doctrine de Gall : 2,000 francs. Les mémoires doivent être reçus avant le 1er avril 1877.

Des fonctions des lobes antérieurs du cerveau humain, en tenant compte des opinions des modernes sur l'origine et le siége de la parole.

Terme du concours le 1er avril 1878 : 2,000 francs.

Histoire des progrès de l'anatomie et de la physiologie du cerveau dans le XIXe siècle, particulièrement en ce qui regarde la doctrine de Gall.

Cette question, proposée en 1873, étant restée sans réponse jusqu'au 7 août 1876, est remise au concours jusqu'au 1er avril 1879, avec une récompense de 3,000 francs.
Les Italiens seulement sont admis à concourir.

Prix Castiglioni. Démontrer si, pour la prophylaxie de la variole, l'on doit donner la préférence au vaccin animal ou au vaccin humain. 700 francs de récompense. Terme du concours : fin février 1878.
Les mémoires en français sont admis et doivent être adressés à l'Institut à Milan. — Voy. Congrès italien.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID.

I. Des mesures à adopter par les gouvernements pour l'étude des épidémies de variole et leur prophylaxie, avec l'organisation à donner au service de la vaccine et des revaccinations.
II. Des caractères histologiques et cliniques différentiels entre le lupus, l'épithélioma et le cancer ulcéré, avec l'étude comparative de leur traitement.
Une somme de 3,000 réaux, soit environ 750 francs, avec médaille d'or et le titre de membre correspondant, sera la récompense des lauréats avec 200 exemplaires du mémoire publié. Une médaille d'argent et le titre de membre correspondant seront accordés aussi comme accessits.

Prix Asuero. Comment doit s'entendre la force médicatrice et son importance en thérapeutique?
Cette question, remise au concours, sera récompensée par une somme de 5,000 réaux, soit 1,250 francs, et le titre de membre correspondant ainsi qu'à l'accessit.

Prix del Busto. Biographie et bibliographie de Hernandez Morejon.
250 francs de récompense et le titre de membre correspondant ainsi qu'à l'accessit.
Tous les mémoires doivent être écrits lisiblement en espagnol ou en latin et envoyés, dans les formes académiques, au secrétariat de l'Académie, rue des Cedaceros, nº 13, à Madrid, avant le 1er septembre 1877. Les prix seront décernés dans la séance publique de 1878.

PURPURA. *Mort par hémorrhagie cérébrale.* Un garçon cordonnier de dix-neuf ans, bien constitué et bien portant d'habitude, demande à être admis, le 24 mars, dans le service du professeur Hébra pour des taches rouges, apparues depuis trois jours sur ses joues et sa poitrine, dont le nombre croissant commençait à l'inquiéter. L'examen en montra de rouges, de bleuâtres, de brunâtres, petites en général, assez nombreuses sur le thorax et les extrémités et ne disparaissant pas à la pression. Gencives pâles, non tuméfiées, une ou deux ecchymoses à peine. Urine très-foncée, rougeâtre, albumineuse, renfermant de nombreux globules rouges. Prostration légère. Dès le 27 au matin, il y eut un embarras marqué de la parole, puis une paralysie faciale droite avec parésie du membre supérieur du même côté. Le malade mangea de bon appétit le soir, malgré l'embarras croissant de la parole. Vomissements abondants dans la nuit. Collapsus après un sommeil calme et mort le lendemain matin à six heures.

L'autopsie montra un foyer hémorrhagique récent, de la grosseur d'une noix, dans l'hémisphère antérieur gauche du cerveau avec piqueté hémorrhagique des plus marqués tout autour. Dégénérescence graisseuse assez avancée des tuniques artérielles et des capillaires dans diverses régions de l'encéphale. Taches ecchymotiques des séreuses sur tout le péritoine, quelques-unes larges comme la paume de la main. Le cœur, les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané en offraient également. Muqueuse stomacale gonflée, infiltrée de sang, foie graisseux d'un rouge-brun, parsemé de traînées jaunâtres ainsi que l'épithélium rénal, les muscles et le cœur. Sang fluide, non coagulable, globules blancs nombreux et granulo-graisseux.

Cet état de stéatose aiguë généralisée a fait admettre un empoisonnement par le phosphore, bien que les recherches chimiques du professeur Hoffmann, sur les débris de l'estomac et son contenu, n'aient décelé ni traces de phosphore libre ni phosphorescence. Une intéressante discussion sur ce sujet à la *Société de médecine* de Vienne n'a pu détruire cette opinion, soutenue principalement par le docteur Heschl. L'absence de troubles gastriques et de dyspnée excessive, de l'ictère, symptômes si fréquents et si importants, n'a pas suffi à ébranler cette opinion devant la stéa-

tose viscérale. Les observations de Senfleben et de Chiari, témoignant d'une hémorrhagie cérébrale dans un empoisonnement par le phosphore, ont suffi pour faire admettre cette étiologie.

M. Lereboullet n'a pas eu de peine à montrer que cette interprétation était exagérée et en opposition avec la clinique. Rappelant plusieurs cas de purpura suivis de mort, où des foyers hémorrhagiques de dimension variable ont été constatés dans les centres nerveux, il prouve que cette étiologie suffit à expliquer la stéatose viscérale et la mort. C'est ainsi qu'un garçon de dix-sept ans succomba dans le service de M. Millard, en 1867, après plusieurs hémorrhagies, à une hémiplégie causée par un vaste foyer hémorrhagique occupant tout le lobe moyen gauche du cerveau. Dans un cas analogue rapporté par M. Huchard, l'étude histologique des viscères et des vaisseaux montra à M. Hayem une transformation fibroïde, des grains pigmentaires, des granulations graisseuses et de petits noyaux çà et là, avec une stéatose du foie et une altération très-marquée des reins. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1867, 1874.) Le purpura peut donc bien, chez de jeunes sujets, déterminer très-rapidement la mort par la rupture d'un vaisseau de l'encéphale sans invoquer un empoisonnement phosphorique. (*Gaz. hebd.*, nº 19.)

Ces faits témoignent hautement comment l'anatomie pathologique peut égarer les meilleurs esprits, lorsqu'on les interprète trop exclusivement à sa lumière, comme les Allemands, en y subordonnant la clinique qui est le phare par excellence.

En se fondant ainsi sur les altérations microscopiques constatées sur un cuisinier de trente-deux ans, mort de purpura, dont la cause échappe, M. Hayem est disposé à le classer parmi les *maladies infectieuses septicémiques avec altération grave du sang*. Malgré l'état de putréfaction avancée du cadavre, le microscope lui ayant révélé que les cellules de la membrane interne de certaines artérioles formant les taches de la peau et les suffusions sanguines des méninges étaient en voie de prolifération, oblitérées par un caillot contenant des cellules desquamées, il les rapproche, les assimile aux taches anémiques, aux abcès miliaires rencontrés dans certaines formes d'infection pu-

rulente. Ces altérations capillaires seraient dues de même à l'arrêt du cours du sang dans les lobules et à l'accumulation des leucocytes dans ces capillaires avec extravasation de ces éléments. (*Soc. de biol.*, juillet.) Voilà à quels moyens et à quelles déductions hypothétiques les imitateurs des Allemands ont recours pour expliquer la nature des maladies. Leurs symptômes sont mis de côté.

Purpura nerveux. A propos d'un fait observé dans le service de M. Villemin, au Val-de-Grâce, sur un enfant de troupe de treize ans, ayant présenté, en pleine santé, des taches purpuriques suivies de coliques intestinales très-intenses, avec gonflement articulaire, le docteur Couty tend à introduire une nouvelle espèce de la maladie de Verlhoff dans laquelle d'autres, au contraire, ne veulent voir qu'un symptôme. (Voy. *année* 1874.) Cette forme n'est assurément pas rare, car l'auteur en rappelle jusqu'à 19 observations collectées dans les auteurs et plus ou moins analogues. Un seul caractère les identifie : l'apparition soudaine, ordinairement sans cause appréciable et à plusieurs reprises, plus ou moins espacées, de taches purpuriques qu'il appelle poussées à répétition. Les taches sont en général d'une moindre étendue que dans le purpura symptomatique et l'accompagnement de coliques avec constipation, vomissements, parfois hémorrhagie intestinale, les distingue suffisamment. Un œdème articulaire ou cutané l'accompagne assez souvent, mais ces deux derniers caractères peuvent n'exister qu'isolément et même faire défaut. De là les quatre subdivisions proposées de purpura avec œdème cutané et crises gastro-intestinales, purpura compliqué d'œdème, purpura avec accidents intestinaux et purpura seul. (*Gaz. hebd.*, nos 36, 38.)

N'est-il pas évident que, par cette analyse exagérée, on apporte dans l'étude de la clinique les mêmes abus que dans celle de l'anatomie pathologique ? Il s'agit bien d'une seule maladie, puisqu'elle affecte presque spécialement les enfants ; elle a ses formes diverses, mais est-ce une raison suffisante pour la diviser ainsi ? La pneumonie, pour affecter l'un ou l'autre lobe, être grave ou légère, et présenter tel ou tel symptôme exagéré, n'en est pas moins *la pneumonie*.

Q

QUININE. Son élimination par l'urine est très-lente et se prolonge ordinairement de trois à sept jours suivant les dates, après son administration. Ainsi résulte-t-il des expériences faites dans la clinique du professeur de Renzi à l'Université de Gênes avec le réactif suivant : un gramme de deuto-chlorure de mercure ou sublimé dans 30 grammes d'eau distillée avec addition de quantité suffisante d'une solution d'iodure de potassium pour redissoudre le précipité formé. Cinq gouttes de ce réactif dans un demi-centimètre cube d'urine suffisent à découvrir des traces infinitésimales de quinine, sans que des doses plus fortes aient rendu la réaction plus marquée. Si elle n'a pas lieu, il suffit de concentrer l'urine par la chaleur, à la moitié ou le quart de son volume, pour être certain, si elle ne se manifeste pas, que l'élimination est complète. D'autres essais faits comparativement avec l'acide sulfurique ont confirmé ceux-ci.

Le réactif seul ne décèle pas la quinine prise au-dessous de 50 centigrammes, mais l'addition de cinq gouttes d'acide sulfurique en décèle la présence, lors même que 15 centigrammes seulement ont été absorbés en une heure et demie. La réaction apparaît deux heures après l'administration, aussi bien à doses fortes qu'à doses faibles. (*La Salute*, n° 11.)

Il est ainsi facile de s'assurer qu'un malade est encore sous l'influence de la quinine qu'il a prise, avant de lui en administrer de nouveau. Reste à démontrer si cette élimination persistante indique une activité durable du médicament.

Il résulte, au contraire, d'une étude de MM. Albertoni et Ciotto que, introduite par les voies alimentaires, la quinine s'arrête de préférence dans le foie et dans la rate et que son élimination a lieu deux heures après dans la bile, où elle s'opère lentement en entraînant un notable flux biliaire. On la retrouve encore dans ces deux organes, alors que l'encéphale, le cœur, l'urine, la bile même, n'en contiennent plus.

Introduite dans la circulation par d'autres voies, elle se

retrouve de préférence, sinon exclusivement, dans les urines.

L'apparition d'une sorte de rash scarlatiniforme, chez les ouvriers qui fabriquent la quinine et chez quelques malades qui en font usage, tend aussi à démontrer son élimination par les sueurs. Mais ce fait reste encore à démontrer.

Elle est considérée par le docteur Brakenridge comme un poison du protoplasma, limitant le nombre et les mouvements des globules blancs et des cellules de pus, et prévenant leur migration pathologique dans les organes membraneux et parenchymateux exposés à l'air; elle serait même antiseptique, en exerçant une influence destructive ou paralysante sur les microzymas. Il en recommande ainsi l'emploi dans les angines diphthéritiques avec prolifération de micrococci, l'angine pultacée de la scarlatine, et toutes les affections inflammatoires de la gorge accompagnées d'exsudations membraneuses et d'ulcérations. V. ANGINES.

Falsification. M. Jaillard s'est assuré que des flacons portant le cachet et la marque de la maison Pelletier étaient expédiés et vendus en Algérie avec une falsification rendue évidente par le défaut d'action de ce sel. Malgré sa ressemblance extérieure, un caractère le distingue du vrai sulfate de quinine, c'est sa solubilité rapide et complète dans l'eau en produisant un refroidissement très-notable. Sa faible amertume peut aussi contribuer à cette distinction.

De l'analyse de ce faux sel, il résulte que c'est un mélange de sulfate de quinine en petite quantité et d'un sel de potasse à acide organique, sinon le salicylate, obtenu probablement en aiguilles soyeuses par sa cristallisation dans l'alcool. (*Alger méd.*)

R

RAGE. On en cherche toujours les lésions anatomiques, et, comme elles sont invisibles à l'œil nu, on se sert du microscope pour mieux les trouver. Le docteur V. Brigidi est parvenu ainsi à constater, sur le cadavre de trois enragés, une hypérémie très-intense des méninges et des centres

nerveux avec injection de la substance médullaire, comme d'autres l'avaient déjà signalé. (*V. année* 1873.) Les cellules nerveuses étaient troubles, augmentées de volume, avec des granulations noirâtres plus volumineuses que celles qu'elles contiennent normalement. C'étaient des vibrions dont le sang contenait un grand nombre, et qui se rencontraient également dans la moelle spinale autour des vaisseaux. Le canal central était rempli d'une matière identique pour la forme à celle existant dans les vaisseaux contigus à l'épithélium au moyen de filaments de mucine ou de fibrine. La cavité de ce canal était amplifiée, et son contour recouvert distinctement d'un épithélium cylindrique, ayant subi un gonflement notable.

Sans rien conclure de ces faits, l'auteur remarque que ces lésions indiquent un processus de nature irritative et dégénérative. (*Sperimentale*, février.)

La prudence commanderait d'éviter toute morsure de chien, d'après M. Muscroft, car des cas démontrent que la morsure de chiens non enragés peut déterminer la rage chez l'homme placé dans certaines conditions encore indéterminées, ou une prédisposition particulière. M. Fleming, vétérinaire, s'est rallié à cette opinion. (*Lancet*, 15 avril.)

L'efficacité du traitement palliatif par le chloral s'affirme, au contraire, à mesure que les faits se multiplient. Une sédation marquée en résulte toujours, qu'il soit administré en lavement ou en injections intra-veineuses. Chez une femme mordue par un chat, quarante et un jours avant le début des symptômes et son entrée à l'hôpital, M. le docteur Prévost de Genève pratiqua des injections morphinées et des inhalations de chloroforme sans aucun résultat; tandis que l'injection d'une solution de chloral, faite dans la saphène mise à nu, soulagea immédiatement la malade. Le retour des crises fut enrayé, elle mourut dans un état de calme apporté manifestement par le chloral. La dose, injectée pendant vingt heures successivement, a été de 17 grammes 50 centigrammes.

L'administration timide de lavements avec une solution de 2 grammes de chloral, par le docteur Gillebert-Dhercourt, chez un homme mordu à la main gauche par son propre chien, quatre mois et demi auparavant, eut également un grand avantage sur les injections morphinées. Mais c'est en

augmentant la dose, comme il en est résulté depuis l'indication formelle, que les effets sédatifs ont été plus sensibles. Cet enragé n'en reçut en effet que 17 grammes dans l'espace de 36 heures, tandis que celui de M. Paul en avait reçu 30 grammes. Aussi la sédation fut-elle plus profonde et prolongée. (*V. année* 1875.)

Ces faits confirment donc les résultats annoncés et doivent servir d'encouragement à l'emploi du chloral, surtout en lavements. Il n'y a pas à hésiter à en prescrire 5 grammes de quatre en quatre heures. On atténue ainsi les souffrances et l'on évite l'obligation d'employer des moyens coercitifs qui ne font qu'accroître la fureur des malades. (*Soc. de méd. de Paris*, janvier, et *Union méd.*, n° 40.)

RECRUTEMENT. *Périmètre thoracique.* Le minimum en a été fixé à 0m,784, par une instruction du 3 avril 1875, pour le soldat français. Mesuré à la hauteur des mamelons, il doit avoir 2 centimètres de plus chez les sujets dont la taille est au-dessus de un mètre 60 centim., et 3 centimètres lorsque la taille est au-dessous. Les hommes qui ne présenteront pas ces conditions seront ou ajournés ou classés dans le service auxiliaire, sinon déclarés impropres au service militaire. Mais il s'en faut de beaucoup que tous les jeunes gens offrent ce minimum à l'âge de la conscription. Sur les 400 jeunes gens admis en 1874 à l'École de Saint-Cyr, M. J. Arnould n'a trouvé qu'une moyenne de 0m,857, tandis que celle de la taille était de 1m,692, soit 0m,156 de plus que le minimum de 1m,540 exigé. Le périmètre thoracique est donc bien au-dessous de la normale chez l'homme robuste. Résultat, selon l'auteur, du défaut d'exercice et de la vie au grand air de ceux qui reçoivent une éducation scientifique et littéraire aujourd'hui. (*Recueil de méd. militaire*, t. XXXI.)

Chargé officiellement de rechercher si cette mensuration du thorax constituait bien un criterium d'aptitude militaire dans l'empire d'Autriche-Hongrie, M. Toldt, après un grand nombre d'expériences sur le cadavre et sur le vivant à l'hôpital militaire de Vienne, pour décider si elle donnait exactement le rapport avec le volume du poumon, a conclu négativement. Les résultats obtenus par les diverses méthodes présentent des différences extraordinaires suivant

la phase respiratoire, l'attitude, l'état des viscères abdominaux et surtout suivant la façon de mesurer.

D'où il conclut, contrairement à ce qui est admis : Que la mensuration thoracique ne peut être considérée comme méthode scientifique d'exploration qu'à un point de vue extrêmement restreint. Pour les recrues en particulier, le contour thoracique ne peut servir en aucune façon de *criterium* à son aptitude militaire, car la méthode d'exploration est susceptible d'un écart de 5, 6 et même 8 centimètres. Mais, comme ce moyen n'est employé que dans les cas douteux et qui sont sur la limite de la validité, il peut servir comme auxiliaire pour asseoir le jugement. (*Anat. de la région thoracique chez l'homme et sa mensuration au point de vue du recrutement*, un vol. in-8°. Stuttgard, 1875.) — Voy. MYOPIE.

REINS. *Anomalies.* D'une communication du professeur Sangalli à l'Institut Lombard, il résulte que sur 5348 autopsies, pratiquées en vingt ans, il a rencontré les anomalies congénitales suivantes :

7 déplacements d'un rein, 4 fois à droite et 3 à gauche et descendant au niveau des dernières vertèbres lombaires, du promontoire ou dans le petit bassin.

1 déplacement des deux avec union entre eux.

1 déplacement du rein gauche avec développement excessif de la capsule à son siége normal ; ce qui offrait l'apparence de deux reins.

3 unions simples des reins entre eux à la partie inférieure.

1 union entre eux avec division anormale en cinq lobes munis chacun d'un bassinet spécial et d'un seul uretère.

2 uretères doubles d'un seul côté et 1 fois des deux côtés.

1 atrophie congénitale d'un rein coïncidant avec l'absence d'orteils.

Ces anomalies, observées sur 7 hommes et 6 femmes, n'ont donné lieu à un malaise appréciable que dans un cas d'ectopie où le rein resté en place avait acquis un volume excessif. Malgré leur rareté, ces données peuvent offrir quelque utilité pour le diagnostic des tumeurs abdominales.

L'absence complète d'un rein, constatée 1 fois à droite et 2 fois à gauche, s'est rencontrée exclusivement sur des

hommes bien conformés et qui n'en souffraient nullement. Le premier était un garçon de 20 ans, mort d'abcès métastatique du foie consécutif à une blessure du crâne. Le rein unique était doublé de volume.

Le second, âgé de 49 ans, succomba à une pleuro-pneumonite. Son rein, plus volumineux d'un tiers, présentait les altérations d'une néphrite albumineuse commençante.

Le troisième, âgé de 46 ans, était mort d'un abcès phlegmoneux de la cuisse droite. Son rein était doublé de volume et atteint de néphrite albumineuse chronique.

Dans ces trois cas, la capsule surrénale du rein manquant était à sa place, plus volumineuse même dans un cas que celle du côté opposé. La vésicule spermatique et le conduit éjaculateur manquaient également du côté correspondant, bien que les deux testicules fussent normaux. Le conduit déférent, petit et délié, se dirigeait obliquement sous le basfond de la vessie pour atteindre la vésicule spermatique du côté opposé où il s'embouchait dans son congénère, à un centimètre environ de l'embouchure de l'uretère dans la vessie.

Cette simultanéité d'absence d'organes aussi importants méritait d'être signalée. (*La Salute.*)

RÉQUISITION. Les cas dans lesquels le médecin doit y obtempérer sont encore si mal fixés, par le terme de *flagrant délit*, que les tribunaux diffèrent même dans son interprétation. Il est donc essentiel de citer les cas particuliers pour fixer la jurisprudence à cet égard.

Le 9 octobre 1875, le docteur Gindre, de Pontarlier, était requis par un gendarme, au nom du juge d'instruction, d'avoir à se rendre sans délai, à l'hôpital de Pontarlier; de visiter un cadavre qui venait d'être retiré de la rivière le Doubs; de constater s'il existait des traces de violence; de procéder à l'autopsie et de faire toutes constatations utiles à la découverte de la mort.

M. Gindre refusa, sans justifier de l'impossibilité d'obtempérer à cette réquisition, et, traduit pour ce fait devant le tribunal de simple police, celui-ci le renvoya des poursuites, en décidant que ce cas n'entrait pas dans les prévisions de la loi et que, d'ailleurs, *il n'appartenait qu'à l'homme de l'art seul d'apprécier la possibilité ou l'impossibilité d'obéir à la réquisition.*

Sur l'appel de ce jugement, la Cour de cassation en a jugé autrement. Elle a vu un *flagrant délit* dans ce cas pour rechercher si la mort de l'individu, dont on venait de découvrir le cadavre, était le résultat d'un crime; elle a décidé que la réquisition était conforme aux dispositions combinées des art. 32, 43, 44 et 59 du Code d'instruction criminelle, et que le refus du docteur Gindre constituait la contravention prévue par l'art. 475 du Code pénal.

Devant cette contradiction, il faut s'en tenir au terme de flagrant délit ou clameur publique. Évidemment ce n'était pas le cas; aucune vie n'était menacée, la paix ni la sécurité publique n'étaient engagées, la justice seule demandait à être éclairée dans l'intérêt public; mais rien ne pressait. Les lésions, les blessures ou les marques d'un crime ne pouvaient disparaître d'un jour à l'autre. Le juge d'instruction était donc libre de choisir un autre expert, sans nuire à l'éclaircissement de la cause. Et dans une grande ville comme Pontarlier, le parquet ne devrait-il pas avoir un médecin spécial attitré pour faire ces constatations?

Dans un cas analogue, mais où il y avait vie d'homme, ce qui est toujours un puissant motif d'accourir pour le médecin, M. Andral, vice-président du conseil d'État, conclut que le médecin avait pu refuser, contrairement au jugement de la Cour suprême (*V. année* 1869), et Me Guerrier dit que le fait *consommé* ou connu depuis un certain temps ne constitue plus le flagrant délit. (*V. année* 1868.) En l'entendant autrement, il suffirait qu'un juge d'instruction connût la répulsion d'un médecin aux constatations médico-légales pour l'obliger à en faire, le mettre dans l'embarras ou dans un mauvais cas en attentant à sa liberté d'action.

RÉSECTIONS. Le succès si remarquable de deux résections de l'épaule et du coude du bras droit, faites simultanément douze jours après le traumatisme, par M. Mac Cormac sur un chasseur d'Afrique, après la bataille de Sedan, a été récemment confirmé par M. Sarazin, médecin en chef du 8e corps. Dix-huit mois après cette opération, le coude était complétement guéri et l'olécrâne s'était si bien reproduit, malgré la quantité réséquée, que la déformation de la région était à peine appréciable. L'opéré jouissait de tous les mouvements normaux et des usages les plus parfaits de la main.

Une nécrose de l'extrémité supérieure de l'humérus entretenait seulement une fistule au bord externe du biceps avec une abondante suppuration fétide. Jugeant qu'elle était entretenue par un séquestre, M. Sarazin fit une incision de huit centimètres, le long du bord externe du biceps, appliqua la tréphine et retira un séquestre de 11 centimètres. Grâce à ces opérations, ce courageux soldat conserve un bras fort utile. (*British med. journ.*, janvier.)

Résection du maxillaire supérieur. *Conservation du nerf sous-orbitaire*. Longet a démontré que la section d'un nerf sensitif entraîne la décoloration et l'atrophie des muscles de la région, leurs fibres perdent leur contractilité et l'usage de leurs fonctions, tandis que la section d'un nerf moteur n'entraîne que la paralysie des muscles sans influer sur leur nutrition. Appliquant ces données physiologiques à la résection du maxillaire supérieur, M. Letiévant a modifié l'opération de manière à conserver la branche sous-orbitaire que l'on coupe par les procédés ordinaires. Chez un malade opéré pour un épithélioma, la sensibilité de la joue était à peu près nulle, huit mois après, avec flaccidité des muscles ayant perdu toute contractilité volontaire et même électrique.

En conservant le nerf, au contraire, la guérison fut très-rapide, et, treize mois après, le masque facial était mobile et les muscles réagissaient rapidement et énergiquement sous l'influence de la volonté et de l'électricité. Cette conservation n'est donc pas à négliger. (*Assoc. française*, et *Gaz. hebd.*, n° 39.)

Résection du genou. Il y aurait grand danger, d'après Paschen, à faire obliquement la surface de section de l'os, car, en plaçant la jambe dans une légère flexion sur la cuisse, la pression est augmentée à la partie postérieure du cartilage épiphysaire et la croissance de l'os en est ainsi ralentie relativement à la partie antérieure. D'où la flexion exagérée du membre avec le temps, au point de devenir complétement inutile.

C'est ainsi que dans trois cas de résection, faite en deçà de la ligne épiphysaire sur des enfants, par Kœnig, de Rostock, la guérison fut obtenue avec la jambe immobile sur la cuisse et dans une très-légère flexion. Mais cette flexion

s'accrut graduellement avec le temps, et, quelques années après, elle était presque à angle droit et la jambe n'était plus d'aucun usage pour la marche. (*Deuts. Zeitschr. für chir.*)

Dans un cas de *genu valgum*, chez une fille de 12 ans, un peu scrofuleuse, Howse qui, sur 27 résections du genou, à *Guy's hospital*, n'a perdu que 2 opérés, n'hésita pas à pratiquer la résection au lieu de tenter le redressement. La déformation des surfaces articulaires portait presque exclusivement sur le fémur dont le condyle externe était très-développé, tandis que l'interne existait à peine. Les surfaces articulaires du tibia furent réséquées très-superficiellement, et les condyles du fémur sciés de manière à ne pas intéresser la ligne diaphyso-épiphysaire, c'est-à-dire le cartilage à peine du côté interne. L'enfant se sert aujourd'hui très-utilement de son membre. (*Guy's hospital Reports*. T. XX.)

Elle a été pratiquée avec succès par M. Hayes, de Dublin, chez deux filles de 17 et 18 ans, qui, à la suite de chute sur le genou et des symptômes d'arthrite, présentèrent, plusieurs années après, une tumeur blanche avec fièvre hectique et consomption, mais sans suppuration. Tous les moyens restant inutiles, une incision elliptique, partant de la partie postérieure des condyles du fémur, vint passer en avant par le ligament rotulien. La rotule enlevée, les deux têtes osseuses furent réséquées, et la synoviale soigneusement débarrassée de ses fongosités. Le membre fut immédiatement placé dans une gouttière articulée et emprisonné dans un appareil plâtré, le genou seul excepté. Guérison trois mois après.

L'examen anatomo-pathologique des parties réséquées montra une tumeur blanche des parties molles avec fongosités des synoviales, destruction des cartilages, début d'ostéite profonde. D'où l'auteur conclut que la résection est principalement indiquée dans la tumeur blanche, d'origine traumatique, sans vice diathésique, à marche lente et chronique, exempte de suppuration, c'est-à-dire lorsqu'elle est encore bornée aux parties molles. (*The Dublin journ. of med. sciences*, 1875.) C'est le contraire de la plupart des autres chirurgiens qui l'emploient surtout contre les ostéites primitives du tibia ou du fémur, comme M. Picard l'a établi dans sa thèse d'agrégation sur les *résections du genou*.

D'accord avec le chirurgien irlandais, M. J. Chiene place le membre ainsi réséqué, et préalablement à tout pansement local, dans un appareil à extension continue, comme dans les fractures de cuisse, pour mieux l'immobiliser et supprimer l'action musculaire. Dans deux cas ainsi traités, l'ankylose osseuse s'est faite rapidement. (*Edinb. med. journ.*, octobre 1875.)

Essai sur la résection du genou; thèse inaugurale par A. Picard; Paris, 1875.

Plaidoyer en règle en faveur de cette opération, surtout chez les enfants, pour prévenir la tumeur blanche. Convaincu d'après l'exemple et la pratique des Anglais, l'auteur laisse voir néanmoins, par la lecture de plusieurs observations qu'il rapporte, que cette opération eût pu être évitée dans plusieurs cas. C'était aussi l'impression que Demarquay avait rapportée d'Angleterre. Quelques essais d'immobilisation et de compression, de traitement local pendant trois mois, ne sauraient suffire dans tous les cas pour juger de l'incurabilité et recourir aussitôt à la résection comme le veut M. Picard; l'amputation n'est pas toujours la conséquence d'une plus longue expectative. La résection est surtout indiquée chez les enfants au-dessous de vingt ans; elle est contre-indiquée après quarante, de même que dans l'arthrite purulente aiguë, dans l'hydarthrose chronique, et pendant une poussée aiguë. La violence, la fixité de la douleur, les soubresauts nocturnes, en indiquant que les os sont atteints, en sont l'indication formelle.

RÉTRÉCISSEMENTS. Rétrécissements du larynx. Leur gravité, leur danger, d'après Lori, dépendent moins de la largeur que de la longueur et l'irrégularité des parois de ces rétrécissements. La gravité de deux rétrécissements simultanés est aussi dans leur éloignement.

Les rétrécissements de la trachée entravent plus l'expiration que l'inspiration, tandis que c'est le contraire dans ceux du larynx. De là la dépression des espaces intercostaux et de la région xyphoïdienne. Les deux temps de la respiration sont compromis, entravés, dans les sténoses doubles de ce conduit. (*Pesth. med. chir. Presse*, 1875.)

D'après quatre observations, Schrotter recommande l'em-

ploi des bougies de zinc de Trendelenburgh comme lui ayant donné des succès après la trachéotomie, la canule restant en place. En faisant perdre aux parties leur sensibilité, ces bougies, pouvant rester en place vingt-quatre heures et plus, leur rendent la motilité. (*Laryng. Mith. Wiener*, 1875.)

Dans un cas de rétrécissement par paralysie des dilatateurs de la glotte, celle-ci ne formant plus qu'une fente linéaire, Sidlo parvint, par le cathétérisme répété vingt-six fois, à faire disparaître tout danger d'asphyxie. (*Wiener med. Wochensk.* nº 26, 1875.)

Larynx artificiel. L'excision du larynx, en obligeant de le remplacer par un appareil phonateur, a donné l'idée à Reyher de s'en servir également dans un cas où l'obturation de cet organe avait nécessité la trachéotomie. Ayant incisé ce rétrécissement après le tamponnement de la trachée, il le dilata avec une boule métallique introduite par la plaie trachéale et maintenue par un fil sortant par l'orifice supérieur des voies respiratoires. La dilatation suffisante étant obtenue, il introduisit la double canule de Gussenbauer, dont la partie supérieure est pourvue de cordes vocales artificielles pour la phonation, tandis qu'elle maintenait la dilatation du rétrécissement. Cette canule supérieure venait s'articuler sur la partie coudée d'une canule trachéale introduite par l'ouverture de la plaie. Le pavillon de celle-ci pouvant se fermer, pour laisser le courant d'air traverser le tube supérieur ou laryngé producteur du son, l'opéré pouvait parler sans fatigue, avec une voix suffisante, mais absolument monotone, et supportait très-bien l'application de cet appareil. (*Archiv. für Klin. chirurgie*, t. XIX.)

On ne dit pas combien de temps cette application a duré, mais il suffit de se rappeler les lésions produites par le tubage de la glotte pour prévoir que ce temps n'est pas indéterminé. C'est donc là encore une application plus curieuse et spéculative à la mode allemande que réellement pratique.

Rétrécissement de l'œsophage. V. GASTROTOMIE.

Rétrécissements de l'urèthre. Ils sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, suivant le docteur Otis, de

New-York, car le calibre normal de l'urèthre chez l'un constitue un rétrécissement chez un autre. Les variations individuelles sont telles, que, en le mesurant avec un uréthromètre, il a trouvé un calibre variant de 30 à 40 millimètres. Celui du méat offre, d'après lui, des dimensions égales à celles des autres points du canal, et il a trouvé en général une relation constante entre ce calibre et la circonférence du pénis, mesurée à la base flaccide du gland. Voici ces rapports :

3	pouces	de circonférence	correspondent	à 30	mm.
3	—	1/4	—	32	—
3	—	1/2	—	34	—
3	—	3/4	—	36	—
4	—		—	38	—
4	—	1/4 à 4 1/2	—	40	—

C'est d'après ces données qu'il a constaté des rétrécissements méconnus par les premiers chirurgiens anglais. La région avoisinante du méat en est le siége le plus fréquent, et c'est à celui du méat que seraient dus la plupart des écoulements chroniques ; ils diminuent à mesure qu'on s'en éloigne.

Sa méthode de traitement consiste à les dilater avec un uréthrotome à échelle analogue à celui employé en France contre les rétrécissements du rectum. Il introduit ensuite une lame coupante qui le sectionne, et, le dilatateur restant en place jusqu'à cicatrisation complète, les lèvres sont ainsi définitivement écartées. De là la guérison radicale, car cette dilatation provoque ainsi la résorption du tissu induré. Sur 100 cas ainsi traités et examinés longtemps après, il n'y avait que 8 à 10 récidives. (*British med. journal*, février, et *Lancet*, n°ˢ 23 et 24, juin.)

La plupart de ces propositions sont nouvelles, comme on voit, et s'écartent des idées généralement reçues. Mais il a suffi à Berkeley-Hill d'en vérifier quelques-unes pour en constater l'inexactitude. Sur 63 rétrécissements, ils siégeaient ainsi 43 fois au-delà de 10 centimètres à partir du méat. Sur 16 cas traités par la méthode d'Otis, dont un par lui-même, l'écoulement cessa dans 5 après l'opération, et les opérés pouvaient passer une bougie, du calibre de leur urèthre, après quelques mois. Mais au prix d'une hémor-

rhagie prolongée pendant trois jours, dans un cas, et de frissons répétés dans un autre. L'écoulement purulent a persisté dans les 11 autres cas, y compris celui qu'a traité Otis. L'urèthre est même redevenu plus étroit qu'auparavant, dans plusieurs cas, et des accidents sérieux se sont produits. De là l'abandon de cet uréthrotome et de cette méthode. (*Lancet,* avril.)

Dilatation médiate. Cette méthode, imaginée par M. Langlebert, agit sur le rétrécissement seul en respectant les parties saines de l'urèthre. Elle consiste, après avoir reconnu et mesuré le rétrécissement avec une bougie à boule, à introduire un conducteur formé d'une bougie olivaire en gomme à paroi mince et fendue longitudinalement depuis son bout libre et ouvert jusqu'à une distance de 6 à 7 centimètres de son extrémité vésicale. La fente étant dirigée en haut, parallèlement à la paroi supérieure du canal, on prend un mandrin ou dilatateur en baleine, à tige mince et flexible, terminée par une olive pleine, et longue de 3 à 4 centimètres. On la choisit telle qu'en pénétrant dans le conducteur, elle écarte d'un millimètre les bords de sa fente, et on le pousse jusque dans le rétrécissement en appuyant légèrement l'olive, enduite d'un corps gras, sur la paroi inférieure du conducteur. On obtient ainsi une dilatation d'un millimètre, que l'on peut, dans la même séance, doubler et même tripler avec des mandrins de numéros supérieurs.

Dans les séances suivantes, on profite de la dilatation obtenue précédemment pour opérer avec des conducteurs et des mandrins de plus en plus gros, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à obtenir la dilatation voulue pour rétablir le calibre normal de l'urèthre.

Cette ingénieuse méthode présente, sur le procédé ordinaire de dilatation par les bougies simples en gomme ou en étain, deux avantages incontestables et de premier ordre : d'une part, elle facilite l'opération pour le chirurgien, qu'elle délivre de la crainte de faire fausse route, d'autre part, elle la rend beaucoup moins douloureuse pour le malade en protégeant son urèthre contre tout frottement.

Il ne s'agit que d'avoir une série complète de conducteurs et de dilatateurs selon la filière Charrière pour pra-

tiquer cette dilatation et en obtenir les meilleurs effets. (*Lyon méd.*, n° 7.)

Dilatation immédiate progressive. M. Le Fort appelle ainsi l'introduction successive de bougies ou de cathéters de plus en plus volumineux. Dès que la plus fine bougie conductrice a passé, il visse à son talon une petite plaque métallique pour la maintenir en place. Après un séjour de vingt-quatre heures, la sécrétion uréthrale s'étant augmentée, la muqueuse assouplie ainsi que le rétrécissement, il enlève la plaque et visse à la place une bougie conique en maillechort du même diamètre à la pointe, et dont le plus large répond au numéro 10 de la filière Charrière. Guidée ainsi par la bougie conductrice, celle-ci pénètre dans le rétrécissement en poussant celle-là dans la vessie, sans danger qu'elle s'égare. On la retire ensuite jusqu'à ce que le talon de la bougie conductrice apparaisse au méat, pour y ajouter une sonde d'un numéro supérieur que l'on introduit aussitôt. C'est en renouvelant successivement cette manœuvre, jusqu'aux numéros 21, 22 ou 23, que l'on obtient une dilatation immédiate et progressive. Il ne s'agit pour cela que d'avoir une série de sondes dont le diamètre de la pointe soit le même pour s'articuler avec la bougie conductrice, mais dont le corps est graduellement plus volumineux.

Quand le rétrécissement le permet, on peut retirer entièrement la bougie conductrice pour y substituer *immédiatement* une sonde plus volumineuse et agir ainsi successivement. Mais il est nécessaire, à cet effet, qu'un aide retire doucement la sonde engagée afin que le chirurgien réintroduise aussitôt le numéro supérieur, car il suffit parfois du plus court intervalle pour que le rétrécissement se contracte spasmodiquement et arrête la sonde au passage.

Une précaution indispensable au succès de cette méthode est de ne pas retirer une bougie ou une sonde lorsqu'elle est serrée dans le rétrécissement et qu'elle n'y joue pas librement. Mieux vaut attendre douze heures ou plus pour la retirer et la remplacer par une autre. (*Acad. de méd.*, 7 novembre.)

Uréthrotomie. Elle est pratiquée par le docteur Horteloup

avec un nouvel instrument de son invention, ayant plus d'une analogie avec les sondes de M. Le Fort et agissant aussi progressivement. C'est un uréthrotome ayant la forme d'une sonde à petite courbure et s'articulant à sa pointe avec une bougie conductrice, comme le cathéter précédent. Sa tige droite, de 35 centimètres de long, est creuse et munie de deux anneaux destinés à l'index et au médius. Une fente longitudinale, placée près de la concavité, donne passage à une lame mousse, comme celle d'un canif, mue par une tige glissant à l'intérieur avec un anneau à son extrémité externe qui sert à la faire jouer avec le pouce de l'opérateur. En buttant et en glissant sur une petite plaque métallique placée de champ, cette lame vient frapper le canal de l'urèthre et peut être fermée et graduée grâce à un petit curseur. Cette lame mousse ne sectionne pas, ne divise pas comme les lames coupantes, elle agit par pression énergique de dedans en dehors, avec une lésion insignifiante, sans danger de léser les parties saines ni produire autant de douleur que les autres uréthrotomes. De là la nécessité de passer successivement quatre numéros, graduellement plus volumineux, dont le diamètre est de 9 à 14, et l'ouverture de la lame de 14 et demi à 23. C'est l'inconvénient et aussi l'avantage de cet instrument.

A l'opposé de la fente longitudinale est une boule métallique embrassant le cathéter de la même façon que la prostate embrasse l'urèthre. Son arrêt sert à indiquer au chirurgien le siége même du rétrécissement.

16 applications heureuses à l'hôpital du Midi ayant permis aux opérés de se lever le jour même, sans aucun accident, témoignent de l'innocuité de cet instrument.

De l'uréthrotomie à l'hôpital du Midi, thèse inaugurale par F. Peynaud. Paris.

Rétrécissement du rectum. *Rectotomie linéaire.* M. Fochier a pratiqué cette opération, à l'exemple de M. Verneuil, avec une petite modification opératoire. Au lieu d'une section linéaire, il enfonce le trocart par étages suivant la profondeur et dans une direction différente, afin d'agir ainsi plus sûrement. Il en résulte une section triangulaire et par étages qui rend l'ouverture plus grande et plus stable.

Un homme atteint d'un épithéliôme et une femme atteinte

d'un rétrécissement fibreux en ont été immédiatement soulagés sans aucun accident ultérieur.

Les cancéreux, dit l'auteur, dont le rétrécissement empêche la défécation, et qui par son étendue interdit l'ablation de la partie inférieure de l'intestin, peuvent donc être soulagés par cette opération relativement bénigne. Elle est sans doute inférieure à la colotomie lombaire, puisqu'on peut lui reprocher de porter une irritation traumatique sur une tumeur envahissante, et de laisser celle-ci au contact irritant des matières fécales, mais deux fois les malades ont refusé la colotomie lombaire qui auraient accepté la rectotomie linéaire si on la leur eût proposée. Elle donne un soulagement efficace, et même une guérison durable sans infirmités, aux rétrécissements fibreux, étendus, profonds et serrés. (*Lyon méd.*, n° 8.)

RHUMATISME. *Influence du traumatisme.* Appuyé sur plusieurs observations cliniques, M. Verneuil admet comme démontré que le traumatisme a le pouvoir de réveiller la diathèse rhumatismale endormie et d'en étendre les manifestations à des organes que jusqu'alors elle avait respectés. Il peut même en provoquer la première apparition chez les sujets prédisposés. L'arthritisme provoque de même l'apparition de l'herpès traumatique et les névralgies précoces des plaies. (*V. années* 1873-74.)

Les blessures les plus variées : fractures, contusions, écorchures, ulcérations superficielles, opérations légères ou graves ont cette propriété provocatrice ou déterminante. Mais les accidents sont bien différents, car aux inflammations articulaires se joignent des éruptions cutanées, des douleurs névralgiques disséminées, la péricardite, la cystite, la congestion pulmonaire et autres anomalies que M. Verneuil classe parmi les accidents arthritiques des plaies.

Les accidents généraux prennent parfois, dans ce cas, les allures d'une infection au début. D'une constitution habituellement robuste, avec tendance à la pléthore, les arthritiques sont pris d'une fièvre ardente et les douleurs articulaires, les éruptions diverses survenant au voisinage de la blessure, font souvent croire à une infection purulente. Mais le rhumatisme ne favorise pas la pyogénie, et la mar-

che croissante et régulière de la température, parfois très-élevée chez les arthritiques, n'a pas la marche irrégulière, la courbe thermique de l'infection purulente. L'emploi du thermomètre peut donc prévenir cette erreur de diagnostic. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Ce n'est là qu'un point du grand travail élaboré par l'ingénieux et savant chirurgien sur l'influence du traumatisme sur les diathèses et réciproquement. Mais pour saisir le secret de ces influences mystérieuses, il ne suffit pas de recueillir, d'enregistrer et de collecter les faits favorables, positifs; les faits négatifs ne sont pas moins importants à connaître, à étudier pour la solution du problème. Tel arthritique, cancéreux, scrofuleux ou syphilitique, subit une opération, un traumatisme plus ou moins étendu, sans aucune manifestation diathésique. Les praticiens qui pendant vingt, trente, cinquante ans pénètrent dans l'intimité des mêmes familles le constatent journellement. Le cas contraire semble exceptionnel; autrement il aurait sauté à tous les yeux. Son importance et son étiologie ne peuvent ressortir que d'un examen comparatif.

La *taille* et la *lithotritie* peuvent, comme toutes les autres opérations, faire naître des accidents diathésiques à leur suite. Le professeur Courty a observé, dans 8 cas qu'il rapporte, des manifestations irrécusables de goutte et de rhumatisme, développées peu de jours après leur exécution, au point d'en compromettre les suites. (*Acad. de méd.*, août, et *Gaz. hebd.*, nº 37.) Il faut donc interroger avec soin les calculeux sur leurs antécédents morbides, leur hérédité, avant de les opérer.

Manie rhumatismale. Cinq nouveaux cas en ont été publiés, dont quatre sur des militaires, quelques jours après la disparition des symptômes fébriles et articulaires. Le docteur Vaillard observa dans trois cas de l'inquiétude, une tristesse profonde avec mutisme, appréhension, crainte obsédante de la mort, puis des hallucinations diverses, un amaigrissement considérable, rapide, progressif. (*Gaz. hebd.*, nºs 2 et 42.) M. Laveran a observé un cas semblable chez un militaire atteint successivement de rhumatisme articulaire, de pneumonie et de péricardite. Enfin, M. Desnos l'a vue succéder à des accidents paralytiques avec hallucina-

tion et agitation excessive. (*Soc. méd. des hôp.*, mai et août, et *Union méd.*, nos 126 et 127.)

Le délire, les hallucinations et les autres troubles mélancoliques montrent que ce n'est pas seulement en agissant sur la méninge fibreuse que le rhumatisme produit ces accidents, mais sur le cerveau lui-même. De là, l'absence de fièvre dans certains cas. L'hérédité de l'aliénation manque aussi le plus souvent.

Acide salicylique. Employé par Traube dans 14 cas de sa clinique, sous la direction du docteur Stricker qui en a recueilli et publié les observations. Tous les cas ainsi traités étaient aigus, avec symptômes locaux bien marqués, c'est-à-dire gonflement, rougeur et douleur des articulations du pied, du genou, de l'épaule, avec élévation considérable de la température.

Il est administré en solution dans l'eau ou l'alcool, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme chaque heure, jusqu'à ce que les articulations puissent se mouvoir sans douleur. De 5 à 15 grammes sont toujours nécessaires et peuvent être administrés sans danger. Un malade en a absorbé 22 grammes en douze heures sans le plus léger trouble gastrique. Une transpiration abondante, des bourdonnements et de la surdité en sont ordinairement les effets, comme avec la quinine à haute dose. Une surexcitation mentale en contre-indique seule la continuation.

Le traitement commencé ainsi de bonne heure le matin est ordinairement complet avant la nuit. La langue chargée est alors nette, la fièvre a cessé, les articulations libres et indolores, et, en vingt-quatre heures, en quarante-huit au plus tard, il n'y a plus ni rougeur, ni gonflement, ni élévation de température; l'appétit est revenu. Ses effets sur l'inflammation du péricarde n'ont pas encore été suffisamment étudiés. (*Berliner klin. Woch.*, janvier.)

La constante efficacité de cet agent, sous une direction aussi éclairée, autorisait les praticiens à y recourir d'autant plus qu'il paraissait avoir une action directe sur le rhumatisme, sans les inconvénients du sulfate de quinine sur le cerveau. La confirmation de ces résultats par le docteur Putnam à Boston et par Senator à Berlin devait encore augmenter la confiance pour répéter ces tentatives. (*Boston*

med. and surg. journal, février.) Aussi n'ont-elles pas manqué de se produire, surtout aux États-Unis.

Au point de vue comparatif, le fait qui suit, rapporté par le docteur Warren, est surtout concluant. Un garde-voie de trente ans fut pris, le 13 février, d'un rhumatisme aigu très-douloureux du pied gauche avec chaleur et gonflement. Pouls à 110, peau sèche, langue chargée. Les accidents augmentent les jours suivants : les genoux se prennent et, malgré l'emploi du sulfate de quinine, de la poudre de Dower, du sirop de chaux, des applications chaudes et des embrocations camphrées sur les parties malades, le rhumatisme gagne successivement les poignets et les muscles du cou. Il ne put reprendre ses travaux que quinze jours après.

Une semaine s'était à peine écoulée que les douleurs reparurent dans les pieds et les genoux. Pouls à 120, peau chaude et sèche, langue chargée, urines très-colorées, surexcitation.

7 grains d'acide salicylique en capsules sont donnés immédiatement, toutes les deux à trois heures, sans autre traitement. Dès les premières doses, l'amélioration est marquée et, après la neuvième, la peau était humide, la langue presque nette, le pouls à 80 ; l'inflammation, la douleur avaient disparu des articulations et le malade se sentit assez bien pour retourner à ses travaux. (*Idem*, 6 avril, n° 14.)

C'est surtout par la comparaison des faits et du traitement employé que l'on établira la supériorité de celui-ci. C'est ce que les professeurs Borland et Curtis ont fait dans leur clinique médicale à l'hôpital de Boston. Voici le résumé de leurs 14 observations publiées en détail.

Observation I. Aucun effet de l'acide salicylique.

II. Alcalis pendant un mois ; guérison avec huit doses d'acide.

III. Alcalis pendant vingt jours sans succès, amélioration en un jour avec l'acide.

IV. Acide pendant sept jours, guérison.

V. Alcalis pendant deux jours, guérison avec l'acide.

VI. Amélioration avec quatre doses d'acide. Guérison après quatre jours de son emploi.

VII. Acide pendant trois jours sans soulagement, guérison après quinze jours d'usage de teinture de chlorure de fer.

VIII. Amélioration en quatre jours par les alcalis; récidive et guérison en quatre jours par l'acide.

IX. Aucun soulagement après trois jours de l'usage de l'acide. Guérison après douze jours du traitement alcalin.

X. Guérison avec l'acide après sept jours.

XI. Intolérance pour l'acide. Amélioration par les alcalis.

XII. Soulagement complet après quatre jours d'usage de l'acide continué pendant neuf.

XIII. Soulagement le cinquième jour de l'emploi de l'acide; guérison le septième.

XIV. Soulagement complet le troisième jour de l'usage de l'acide continué pendant sept.

Le succès marqué de l'acide salicylique dans la généralité des cas est ainsi évident; un ou deux seulement s'y sont montrés réfractaires, car son insuccès dans les autres a été causé par la suspension de son emploi, c'est-à-dire l'intolérance des malades pour ce médicament administré en capsules. De la céphalalgie avec bourdonnements d'oreilles, des nausées, des vomissements, en sont, en effet, la conséquence chez quelques malades. Il n'y a donc pas lieu d'en faire un spécifique, mais il est démontré par ces faits qu'il peut être employé avec succès chez la plupart des rhumatisants. (*Idem*, 6 avril, n° 14.)

Les mêmes résultats ont été obtenus par le docteur Towle dans les cas suivants :

I. Cordonnier de trente ans, rhumatisme aigu du poignet droit surtout, très-gonflé et rouge, douloureux au toucher et au mouvement. Acide salicylique le quatrième jour, 10 grains chaque heure. A la dixième dose, bourdonnements d'oreilles. Disparition de tous les signes du rhumatisme en vingt-quatre heures. Reprise du travail le lendemain.

II. Rhumatisme persistant depuis trois semaines chez un homme de vingt-sept ans. Genou droit pris surtout, après plusieurs autres articulations. A la septième dose d'acide, excitation et délire provoquant les mouvements des membres malades. Bourdonnements d'oreilles le lendemain, sans effet apparent sur le rhumatisme. Un second essai, deux jours après, donna les mêmes résultats.

III. Enfant délicat de cinq ans avec coude et poignets pris. Dès la quatrième dose de trois grains, vomissement qui fit cesser le remède devant l'atténuation des douleurs articulaires.

IV. Sciatique rhumatismale chez une femme de quarante ans. Six à huit doses par jour de 6 à 8 grains d'acide salicylique après une semaine de durée. Amélioration peu prononcée.

V. Coudes et bras pris très-gravement chez un homme de trente ans. Guérison après dix-huit doses de 10 grains d'acide en deux jours.

VI. Avant-bras et poignet droit très-gonflés, rouges et douloureux, chez un tailleur de quarante-deux ans ayant beaucoup fatigué. Administration de l'acide jusqu'à production des bourdonnements d'oreilles, sans effet marqué sur les douleurs.

VII. Femme rhumatisante de quarante-cinq ans. Nouvel accès depuis dix jours. Dix doses de 8 grains amenèrent une amélioration rapide des douleurs, du gonflement, des sueurs, bien que la raideur des articulations malades ait persisté huit à dix jours.

Il est évident que les cas les plus aigus sont ceux qui ont reçu une impression plus favorable des hautes doses de l'acide, tandis qu'il n'est pas toléré par certains malades.

Le docteur Blake en a aussi obtenu les meilleurs effets chez une petite fille guérie en vingt-quatre heures sans récidive. Un vieux *gentleman* fut également guéri en prenant 10 grains chaque heure pendant un jour entier.

Le docteur Putnam obtint un calme complet des douleurs, en seize heures, par l'administration de 8 grammes d'acide, pris durant la nuit, chez un rhumatisant avec complications cardiaques. Il y eut des tintements d'oreilles sans vomissements. La température s'abaissa quatre heures environ après la cessation des douleurs. (*Boston society for med. observation*, avril.)

Dans 40 cas de rhumatisme aigu, traités avec cet agent le printemps dernier dans le district de Suffolk, à la dose de cinq à quinze grains chaque heure ou plus, la déferves-cence et la disparition des douleurs ont eu lieu dans 85 pour 100 des cas après deux jours et demi. 15 pour 100 des cas n'en ont pas été améliorés.

Les récidives ont été fréquentes, si l'on ne fait usage de petites doses pendant la convalescence. Les succès constants obtenus par Traübe ne sont donc pas universels. (*Suffolk district med. Society.*)

Quelques praticiens timides hésitent pourtant à donner de si hautes doses. Chez un rhumatisant de trente ans avec complication cardiaque, le docteur Huse fut amené à tenter l'acide salicylique dans un nouvel accès, le 26 mars dernier. Un genou et le coude opposé étaient gonflés, chauds et très-douloureux, avec langue chargée et urine colorée. Deux grains d'acide furent donnés toutes les heures et, dès le lendemain, il y avait un soulagement marqué, alors qu'il restait au lit pendant des semaines dans les accès précédents. L'emploi simultané de la poudre de Dower et de l'enveloppement des articulations, usité d'habitude, ne peut donc être invoqué comme ayant contribué à cette guérison rapide.

Le résultat fut encore plus décisif chez une jeune femme qui fut prise de fièvre après un refroidissement, avec gonflement douloureux du genou gauche le troisième jour. Malgré l'emploi des diaphorétiques, des alcalins et de l'opium, le genou, les coudes et les orteils se prirent avec température élevée. Cinq grains d'acide donnés toutes les deux heures le cinquième jour firent rapidement tomber tous les accidents. La malade pouvait se lever dès le lendemain et prendre son repas à table le surlendemain. Preuve nouvelle que les cas aigus sont les plus justiciables de ce médicament. (*Idem*, mai, nº 21.)

Les tentatives faites par les médecins anglais ne sont pas moins affirmatives. Quatre jeunes rhumatisants de dix-sept, dix-neuf, vingt-et-un et trente-et-un ans, entrés à l'hôpital Sainte-Marie et traités avec l'acide salicylique par M. Broadbent, ont été guéris en deux à trois jours, sans aucune complication. Un peu de chaleur et d'irritation de la gorge fut le seul inconvénient observé.

Dès l'administration des premières doses, les douleurs articulaires ont été calmées, la fièvre et la température ont diminué, le sommeil a lieu ainsi qu'une abondante transpiration.

Six rhumatisantes admises en mars dans le même hôpital, service de M. Sieveking, ont été soumises d'emblée à prendre d'heure en heure six doses de 20 grains d'acide dans du lait ou du bouillon. Une amélioration immédiate en est résultée par le retour du sommeil et de l'appétit, la disparition de la fièvre et des douleurs. (*Lancet*, 20 mai et 1er juillet.)

Aussi, d'accord avec le docteur Maclagan, M. Broadbent croit que c'est là un remède pour le rhumatisme comparable à la quinine pour la fièvre. (*Lancet*, 8 avril.) La maladie est assez fréquente pour que l'on sache sous peu si ce n'est là que l'effet de l'enthousiasme et de la nouveauté et si ce médicament tiendra mieux sa promesse que ses nombreux aînés.

Employé chez neuf rhumatisants, présentant des complications cardiaques, en solution aqueuse et à haute dose, dans les différents services de l'Infirmerie générale de Leeds, l'acide salicylique s'est montré très-supérieur à la salicine d'après M. Jacob, interne, qui rapporte ces observations. Dans aucun cas traité par la salicine, la douleur ni la température n'ont diminué comme avec l'acide qui les a fait généralement disparaître en vingt-quatre heures. De légères nausées dans un cas ont été le seul inconvénient de cette administration. (*Idem*, nº 8, août.)

Quoique rarement employé jusqu'ici par les médecins français, cet acide a donné des résultats encourageants et confirmatifs des faits précédents. M. Laboulbène l'a administré avec succès à l'hôpital Necker, à deux malades atteints de rhumatisme polyarticulaire aigu, à la dose de 3 à 4 grammes dissous dans une potion à l'aide du citrate d'ammoniaque. M. Féréol en a constaté de même les avantages chez quelques malades de son service à la Maison municipale de santé. (*Soc. méd. des hôp.*, août.) Il n'a pourtant pas observé d'influence du salicylate de soude sur le pouls ni la température des rhumatisants, pas plus que MM. Martineau et Dujardin Beaumetz avec l'acide salicylique. (*Soc. de thérapeutique*, octobre.) Il est donc probable que la provenance et la combinaison de cet acide avec la soude ou l'ammoniaque, aussi bien que les doses et le mode d'administration, ont une certaine influence pour expliquer ces contradictions. Ce n'est qu'en expérimentant dans des conditions identiques que l'on peut obtenir les mêmes résultats.

Cinq rhumatisants, dont l'accès sub-aigu était limité à un petit nombre de grandes articulations, ont été traités avec cet acide par le professeur Sée à l'Hôtel-Dieu. Six grammes, divisés en douze paquets, ont été administrés d'heure en heure dans du pain azyme. Dès le second jour, les douleurs

et la tuméfaction diminuèrent et disparurent. Un seul malade, paraissant guéri dès le quatrième jour, eut une rechute le lendemain, parce qu'on avait entièrement cessé le médicament. Il dut être repris et amena une guérison définitive.

Aucun accident cardiaque ne s'est montré dans le cours du traitement. Deux malades ont présenté une céphalalgie continue, de l'insomnie, des bourdonnements d'oreilles insupportables, rapportés à l'intolérance du médicament. Ces accidents ressemblent d'ailleurs à ceux que produit le sulfate de quinine, dont l'acide salicylique est un succédané. Ils se présentèrent de même dans un cas de chorée rhumatismale chez une fille de 17 ans. Il y a donc lieu de tenir compte de ces contre-indications. (*Progrès méd.*, p. 883.)

Employé avec succès par Wunderlich, dans un cas de tétanos rhumatismal, bénin, sans aucun antécédent traumatique. La raideur tétanique, développée lentement en huit jours, s'étendait aux muscles de la face, du cou, de la nuque, du dos, du ventre et des membres inférieurs, en état de tension passive, permanente, sans contractions paroxystiques. Les mouvements seuls provoquaient des douleurs. Intelligence intacte, sensibilité normale de la peau, sommeil troublé, respiration calme et peu profonde, température normale, diminution de l'appétit, constipation.

8 grammes 50 centigrammes d'acide furent pris par doses de cinquante centigrammes d'heure en heure, sans autre difficulté que la constriction des mâchoires. La bouche s'ouvrit bientôt plus facilement et tous les muscles se détendirent. Mais en continuant le médicament, tout en en espaçant les doses, de la surdité et des bourdonnements d'oreilles forcèrent d'en cesser l'usage. Dès le lendemain, les douleurs spasmodiques dans les masséters et les autres muscles reparurent plus intenses et ce n'est qu'en revenant à l'usage de l'acide que les accidents disparurent de nouveau et que le malade guérit. Il avait pris 53 grammes d'acide en dix-huit jours. (*Journ. de Wunderlich*, août.)

L'élimination extrêmement rapide de cet acide par les urines oblige de l'administrer à doses fractionnées et très-rapprochées. Il suffit, pour en constater le passage, de verser quelques gouttes de l'urine à essayer dans une solution très-étendue de perchlorure de fer. L'apparition immédiate d'un

beau précipité d'un violet intense indique la présence de l'acide.

Un mode bien simple d'administrer cet acide est de le dissoudre dans la potion de Todd, comme on le fait à l'hôpital de la Pitié. En voici la formule :

℞ Acide salicylique		1 gramme.
Rhum	} ãa	60 —
Julep diacodé	}	

Dissolvez l'acide dans le rhum, ajoutez le julep.

On obtient ainsi une potion de 125 grammes pas trop désagréable, d'une ingestion facile, et où l'acide, dont on peut porter la dose jusqu'à 1 gramme, est maintenu dissous, étant habituellement prescrit à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. — V. Acides.

C'est en y alliant le bicarbonate de soude que M. Guéneau de Mussy l'emploie, dans la période aiguë du rhumatisme, sous la forme suivante :

℞ Potion gommeuse	120 grammes.
Bicarbonate de soude	3 —
Acide salicylique	4 —

Une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Les douleurs sont rapidement atténuées ainsi que le malaise général et l'appareil fébrile. L'usage de cette potion est d'ailleurs continué jusqu'à 10 et 15 grammes d'acide sans accident, en raison de la faible dose de cette potion absorbée dans les vingt-quatre heures.

Salicine. Déjà des réclamations sont faites en faveur de cet alcaloïde par le docteur Maclagan de Dundee, qui semble l'avoir employée seule avant les premiers essais de l'acide salicylique. Considérant le rhumatisme comme une fièvre, il fut conduit, avant tout autre, à lui opposer un anti-périodique. Il fit choix de la salicine, et elle arrêta court la fièvre rhumatismale dans cinq à sept cas qu'il rapporte. C'est ainsi que des malades avec la face anxieuse, une température de 37 à 38° C, des sueurs abondantes et acides, des douleurs articulaires, etc., ont éprouvé, après vingt-quatre à quarante-huit heures de l'usage de cet alcaloïde, une grande diminution des douleurs avec abaissement de la température de 1 à 2°, et la guérison complète en quatre

à cinq jours, comme si la nature et le cours de la maladie étaient changés. Au lieu de six semaines qu'elle mettait à guérir par les autres moyens, il ne faut que six jours au plus pour obtenir une température normale et la disparition des douleurs, comme dans une simple fébricula, avec celui-ci. (*Lancet*, 11 mars.)

La dose employée est de 20 à 30 grains, toutes les deux heures, jusqu'à ce que les douleurs cèdent ainsi que la fièvre. Ces hautes doses sont nécessaires, suivant l'auteur, pour agir sur la fièvre, prévenir l'épanchement articulaire et les complications cardiaques. Sur quatorze rhumatisants, dont onze ont été traités par la salicine à haute dose et trois avec l'acide salicylique, aucun de ceux qui étaient exempts d'endocardite au début du traitement n'en ont été atteints ensuite. Cette lésion consécutive peut ainsi être prévenue. Mais administrer 30 à 60 grains par jour, comme quelques-uns le font pour arrêter le rhumatisme, n'est rendre justice, dit-il, ni au malade ni au remède. Son succès est dans les hautes doses, comme M. Briquet l'enseignait pour le sulfate de quinine. Sa qualité de tonique amer et son innocuité ne permettent pas d'hésiter à l'employer ainsi de préférence à l'acide salicylique, dont l'administration n'est pas exempte d'inconvénients, comme on l'a vu; quelques tintements d'oreilles sont les seuls accidents observés. (*Idem*, 28 octobre.)

Ce résultat est certainement plein de promesses. M. Senator est même d'avis que la salicine, par son administration et son absorption plus faciles, doit être d'une efficacité supérieure à l'acide salicylique. Son prix inférieur serait encore une cause de préférence. La comparaison ne peut tarder à se faire, et ces prévisions seront bientôt jugées à leur véritable valeur. (*Centralblatt*, n° 14.)

La salicine s'est montrée promptement efficace contre une récidive de rhumatisme articulaire aigu du genou et du poignet droits, traitée par les moyens ordinaires, et qui avait mis une douzaine de jours à guérir. Le malade se levait et sortait, lorsque, trois jours après, les douleurs articulaires reparurent avec plus d'intensité : tuméfaction, pouls de 92 à 98. Le docteur M. Durand, prescrivit, dès le lendemain, 50 centigrammes toutes les deux heures. Vingt-quatre heures après, tous les symptômes étaient notablement diminués. On continua la salicine, et, dès le troisième

jour, le malade se levait et pouvait reprendre ses occupations sans récidive ultérieure. (*Courrier méd.*, n° 43.) La quantité du médicament n'est pas assez rigoureusement fixée pour savoir à quoi s'en tenir.

Injections d'acide phénique. Passée inaperçue en raison peut-être de sa simplicité, cette médication topique externe, d'origine allemande, paraît donner des succès meilleurs que les plus compliquées contre le rhumatisme articulaire aigu, au moins entre les mains de ses partisans. A ceux de Kunze (*V. année* 1874), s'ajoutent ceux du professeur Masius qui, depuis 1874, n'a cessé de l'employer, et qui en rapporte encore cinq cas de guérison remarquables obtenus à l'hôpital de Bavière, à Liége, chez des hommes. L'affection ne remontait qu'à quelques jours, avec fièvre intense, douleurs vives dans plusieurs des grandes et petites articulations atteintes. Les injections au 50e, soit 2 grammes d'acide pour 100 d'eau, pratiquées immédiatement matin et soir sur l'une ou l'autre de l'articulation atteinte, sans autre traitement interne, ont amené la guérison, en moins de huit jours, dans l'ordre suivant :

Tout d'abord, la *douleur* diminue ; l'effet anesthésique est le plus marqué une heure ou deux après l'injection ; après deux ou plusieurs jours, l'articulation malade avait repris la liberté de ses mouvements.

Le *gonflement* commençait à diminuer cinq ou six heures après les injections et ne tardait pas à disparaître entièrement après l'emploi de la méthode pendant trois ou quatre jours. La rougeur de la peau , la chaleur mordicante qu'on observe presque toujours dans le rhumatisme articulaire aigu, au niveau des articulations atteintes, étaient déjà enrayées après deux ou trois injections.

La marche dans la disparition des symptômes , la grande amélioration locale, leur action marquée sur les articulations éloignées de celles qui subissent le traitement, prouvent assez que les effets de l'acide phénique sont tout d'abord des effets analgésiques et antiphlogistiques, et ce qui vient appuyer cette opinion, c'est que les articulations qui se ressentent le plus de cette action sont celles où se pratiquent les injections sous-cutanées. Des observateurs ont publié que les petites articulations , comme les métacarpo-phalan-

giennes, n'étaient pas aussi heureusement influencées par l'acide phénique, mais les cas observés n'ont pas confirmé cette manière de voir.

En même temps que l'état local s'améliore, l'état général se modifie également : la fièvre diminue, la température tombe de un ou de plusieurs degrés et redevient normale; bientôt les malades entrent en convalescence. Ordinairement, huit jours de ce traitement ont suffi pour rétablir la plupart des rhumatisés ; il n'y a pas eu une seule fois des complications du côté du cœur ni des rechutes; en outre, la marche de l'affection est très-rapide, de même que la convalescence. Ces injections ne produisent ni douleur, ni gonflement à l'endroit de leur application, et elles n'ont jamais provoqué le moindre accident; elles soulagent tellement les malades qu'ils sont toujours très-heureux de se les voir administrer ; s'ils éprouvent quelques craintes à la première injection, ils se félicitent bientôt de l'amélioration qu'elles leur procurent. (*Journ. de médecine et de pharmacol. de Bruxelles.*)

On serait presque tenté de croire que l'eau seule agit dans ce cas pour combattre la douleur , ce qu'il serait nécessaire d'essayer comparativement, à moins que les cas aient été choisis en raison de leur bénignité. Ce ne sera jamais que par un relevé de vingt cas, par exemple, pris indistinctement, que l'on pourra juger de leurs effets.

Rhumatisme musculaire. *Ammoniaque.* Une à deux gouttes, jusqu'à six par jour, diluées dans un peu d'eau, suffiraient, selon le docteur Heller, pour mettre fin aux douleurs. Une goutte par jour fit cesser les douleurs d'un rhumatisme musculaire du bras chez lui-même, mais elles reparurent vingt-quatre heures après. Il lui suffit d'en reprendre l'usage pour guérir complétement. Plusieurs succès semblables, chez d'autres malades, lui ont démontré l'efficacité de cette médication toute simple.

Le secret de cette action serait la neutralisation de l'acide urique dans le sang par l'ammoniaque et son élimination de l'économie. De là, plus de diathèse urique déterminant le rhumatisme. C'est à vérifier.

ROUGEOLE. *Catarrhe de l'oreille moyenne.* C'est une

complication nécessaire de cet exanthème, suivant M. S. Cordier, et il en a rencontré des traces évidentes dans toutes les autopsies qu'il a pratiquées. L'éruption attaque la muqueuse de l'oreille moyenne comme toutes les autres. Mais cette lésion passe le plus souvent inaperçue par sa bénignité. Son existence n'est ordinairement révélée que par la surdité qui en résulte, mais parfois il prend un caractère exceptionnel de gravité et s'accompagne de céphalalgie, de délire même, et la douleur ne disparaît que par la perforation du tympan, laissant écouler le pus.

Pour prévenir cette perforation du tympan et donner issue au pus accumulé dans la caisse, on peut recourir au procédé de Toynbee, en provoquant des mouvements de déglutition le nez fermé. Chez les jeunes enfants, il suffit de pincer le nez pendant qu'on les fait boire. (*Thèse inaugurale*; Paris, 1875.)

Contagiosité. Mise en doute jusque dans ces derniers temps, la dissémination de l'exanthème s'expliquait par l'influence épidémique, l'infection de l'air et les miasmes; les cas sporadiques par un état spécial du sang. Le défaut de virus appréciable faisait exclure sa contagion directe.

Toutes ces idées ont bien changé depuis que la contagiosité de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, du croup, de la scarlatine, du choléra, a été reconnue et constatée par des faits multipliés, sans virus spécial. Le contage ou l'agent de la contagion a été découvert par expérimentation dans les humeurs excrémentitielles comme la salive, les crachats, le mucus nasal, la sueur, les larmes, les déjections fécales, etc. Dans la rougeole, l'agent contagieux a probablement sa source à la surface muqueuse des yeux, du nez et de la gorge, dont la rougeur et les sécrétions augmentées annoncent ordinairement l'invasion. En déposant sur la muqueuse du nez de deux enfants un peu de mucus nasal pris sur un rubéolique pendant l'éruption, le docteur Meyer vit apparaître la rougeole le onzième et le douzième jour. Et comme l'incubation varie en effet de neuf à quinze jours, on peut admettre qu'elle fut le résultat de l'inoculation.

Mais ce fait est en opposition avec la croyance générale que la puissance contagieuse des fièvres éruptives augmente suivant leur développement. La variole et la vaccine ne

sont inoculables qu'à la période de suppuration, et s'il est vrai que le séjour près d'un varioleux, pendant les premiers jours, soit aussi dangereux pour la transmission du mal, il semble logique d'admettre que la matière organique n'acquiert de propriété contagieuse qu'après la préparation et l'élaboration spéciale de la maladie.

Quelques médecins ont cherché à réagir contre cette doctrine dans ces dernières années, en citant des faits à l'appui. D'après le docteur A. Dumas, en particulier, la rougeole est surtout contagieuse au début, c'est-à-dire durant sa période prodromique. Elle le serait peu, dès que l'éruption a paru, et encore moins pendant la desquamation. De nombreux faits relatés en détail sont publiés à l'appui. Mais il est bien difficile d'y distinguer la contamination virulente d'avec les influences communes, capables de déterminer l'éruption simultanément chez plusieurs enfants. Ce qui n'exclut pas le danger de la contamination par un enfant malingre, toussant avec un timbre rauque particulier, et qui a mal à la gorge, les yeux rouges ainsi que les narines. Le plus sûr, en pareil cas, est de l'isoler immédiatement des autres, en le gardant au lit. Son séjour dans une école publique, dans une pension, une église, un lycée, et même dans l'infirmerie où se trouvent d'autres enfants, suffit, à cette période, selon M. Dumas, pour les contaminer tous. (*Soc. de méd. de Paris.*)

RUPTURES. *Coup de fouet.* Autant la rupture du plantaire grêle, connue généralement sous ce nom, est peu grave, autant d'autres ruptures, qui ont lieu dans les mêmes conditions et qui la simulent par le siége et la douleur, sont graves et méritent l'attention. Il s'agit des ruptures veineuses qui, en déterminant la phlébite, la thrombose et même l'embolie, peuvent retenir longtemps les blessés au lit et même déterminer la mort. Les variqueux y sont surtout exposés. M. Verneuil en a ainsi observé quatre cas. Des varices profondes des deux jambes avec ulcère à gauche existaient dans le premier. Un coup de fouet se produisit dans les deux mollets avec phlébite consécutive et des phénomènes généraux graves qui rendirent la guérison très-lente.

Le coup de fouet chez un autre variqueux détermina un gonflement général de la jambe avec ecchymose très-éten-

due. Le gonflement et la faiblesse du membre persistaient encore un an après.

Une phlébite consécutive entraîna la mort dans un autre cas. Des manœuvres intempestives, exercées pendant la convalescence sur le membre douloureux, après un coup de fouet chez un variqueux, déterminèrent la mort subite.

Beaucoup d'autres faits témoignent de la gravité des lésions de cet accident appelé coup de fouet. Il est donc nécessaire d'en étudier le diagnostic avec soin, surtout chez les variqueux. L'ecchymose, qui en est le signe, peut surtout aider à cet égard par son étendue. De là l'indication du repos avec immobilisation complète du membre et l'abstention de toute manœuvre, et surtout du massage, que l'on est dans l'habitude de pratiquer. (*Association française.*)

Rupture du rectum. Un fruitier de 40 ans entra à l'hôpital de Cleveland, le 24 février dernier, à la suite d'une chute de trois pieds et demi de haut, faite la veille dans sa boutique. En tombant sur ses pieds, il s'inclina en avant, l'abdomen venant frapper contre le rebord d'une boîte, entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Il sentit quelque chose s'échapper à l'intérieur, et une douleur du bassin en résulta, s'irradiant vers le périnée. Après avoir passé la nuit dans cet état, il essaya de reprendre ses occupations le lendemain, mais, à dix heures, la douleur devint si forte, qu'il fut bientôt envoyé à l'hôpital. Le docteur F. Wells le trouva encore sous l'influence d'une injection hypodermique de morphine ; pouls plein à 90, face anxieuse. Il se plaint de douleurs dans tout l'abdomen, mou à la pression et légèrement tympanique. Des lavements morphinés, l'alcool quininé à l'intérieur, et des fomentations de térébenthine sur le ventre furent administrés. Il urina librement pendant la nuit et eut deux selles le lendemain matin, *de consistance normale*, noirâtres et mêlées de beaucoup de mucus. Il perdit connaissance graduellement, et succomba à midi le 27 février.

L'autopsie montra un épanchement de sérum purulent dans le péritoine avec exsudation de nombreuses membranes grises, épaisses, enveloppant les intestins. C'étaient donc les traces d'une péritonite suraiguë. Mais la décou-

verte la plus remarquable fut une déchirure longitudinale, de deux pouces de long, dans la partie centrale du rectum, à travers laquelle les matières fécales s'échappaient. Comment un coup sur la partie inférieure de l'abdomen avait-il causé une rupture si éloignée? On l'attribue à la dureté des fèces qui remplissaient alors le rectum. Mais il est difficile d'accepter cette cause devant la consistance normale de celles qui furent expulsées ensuite. Au point de vue médico-légal, ce cas n'en est pas moins instructif. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 22, juin.)

Rupture du périnée. *Par ulcération.* Au lieu de se faire par continuité de la division de la fourchette vulvaire, M. Mathieu Duncan l'a vue résulter d'une ulcération centrale du périnée, soit par pression de la tête ou un traumatisme antérieur. C'est ainsi que, dix ans après une première déchirure, le célèbre accoucheur ayant réussi, par la distension du périnée, à terminer un second accouchement sans rupture nouvelle, il n'en constata pas moins, après la délivrance, par le toucher, une perte de substance au niveau de la cloison recto-vaginale, à un pouce et demi au-dessus de l'anus, qui guérit d'ailleurs facilement.

Une autre fois, la gangrène du périnée succéda à un accouchement laborieux, avec application de forceps, chez une primipare. Au niveau d'une plaque d'un rouge violet, livide, du périnée, on découvrit une ulcération de la muqueuse. La gangrène s'ensuivit et la malade succomba le douzième jour à une infection purulente.

Chez une primipare rachitique, dont le bassin déformé nécessita la céphalotripsie, après un travail long et pénible, on constata ensuite une perte de substance centrale du périnée, de plus d'un pouce de long, sans lésion de la fourchette vulvaire. La femme guérit. (*Edinb. med. journ.*, avril.)

Ce sont là plutôt des plaies que des ruptures, tenant à des causes mécaniques ou vitales.

Rupture de l'urèthre. *Incision périnéale immédiate.* Quoique tendant à se répandre de plus en plus dans la pratique chirurgicale depuis quelques années, cette uréthrotomie externe n'a pas encore ses indications nettement formulées dans les ouvrages classiques. Des exemples particuliers en

sont rapportés çà et là, et c'est tout. (V. CONTUSION DU PÉRINÉE, 1875.) Des applications froides, des sangsues, le cathétérisme et la ponction hypogastrique, sont tout d'abord recommandés. Ce n'est ordinairement qu'après l'insuccès de ces moyens, ou une infiltration considérable d'urine ou de pus, qui ne se montre jamais que plusieurs jours après l'accident, que les incisions périnéales profondes sont prescrites. Reybard n'a insisté sur leur pratique de très-bonne heure que dans les cas de tumeurs sanguines du périnée, suite de contusion plus ou moins violente. On conçoit, dès lors, que beaucoup de praticiens puissent encore hésiter à les pratiquer d'emblée, alors qu'elle est à peu près la seule ancre de salut du blessé.

C'est l'utilité de ce précepte que MM. Guyon et J. Rochard ont cherché à mettre en évidence à la Société de chirurgie, comme M. Notta l'avait fait l'année dernière, et M. Thomas dans sa *Chirurgie d'urgence*. L'occasion en a été fournie par l'observation d'un matelot de 21 ans, tombé à califourchon sur la fargue d'un canot, comme cela arrive si souvent aux marins. La miction étant impossible, et plusieurs tentatives de cathétérisme n'amenant qu'un écoulement de sang plus abondant, le professeur Cras, chirurgien de l'hôpital de Brest, diagnostiquant une rupture de l'urèthre avec lésion du bulbe, n'hésite pas à pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur, le soir même, quoiqu'il n'y eut pas encore infiltration d'urine. Il incise le périnée dans toute sa longueur sur la ligne médiane, pénètre, couche par couche, dans la poche périnale; plonge le doigt indicateur gauche dans la plaie et immédiatement introduit dans le méat une sonde en caoutchouc rouge, qu'il soutient dans son trajet périnéal avec l'indicateur gauche, placé dans la plaie, et est ainsi assez heureux pour la faire pénétrer d'emblée dans le bout postérieur et dans la vessie. L'urine s'écoule, l'hémorrhagie cède à des affusions froides et à la compression directe de la plaie.

L'examen fit constater la division par écrasement, transversale et complète, du bulbe distendu par des caillots. Sectionnée en haut et en bas, pour la sortie de ces caillots, cette division transversale était déchiquetée et la paroi supérieure du canal de l'urèthre échappée à la déchirure. La sonde ayant été expulsée de la vessie, dans ces entrefaites, put

ainsi être réintroduite avec facilité. Elle était à nu dans une étendue de 15 millimètres environ.

Malgré ces graves complications, les suites de l'opération furent des plus simples. Au lieu de laisser la sonde à demeure, comme on le fait ordinairement, M. Cras l'enleva dès le quatrième jour et ne la replaça que le lendemain, pour la journée. Il se borna ensuite à sonder l'opéré, le matin, avec un cathéter Béniqué, en allant graduellement du nº 34 au 54 dans l'espace de huit jours. La plaie bourgeonna rapidement, et, six semaines après, la cicatrisation était complète.

Cette lésion du bulbe par la contusion du périnée, dans les chutes à califourchon ou autrement, entraînant ordinairement la rupture de l'urèthre, il y a lieu de recourir immédiatement à l'incision périnéale profonde, pour la recherche des deux bouts de l'urèthre divisé, déchiqueté. Celle-ci est d'autant plus facile que la paroi supérieure de l'urèthre est ordinairement intacte. Le passage immédiat d'une sonde en caoutchouc vulcanisé est ainsi rendu plus facile, au lieu d'attendre que la plaie soit détergée, c'est-à-dire trois à huit jours en moyenne, comme on le faisait pour opérer ce placement. Dès que l'incision profonde a lieu, c'est pour la recherche du bout postérieur de l'urèthre, et le retard du placement de la sonde à demeure est un non-sens, dès que l'on a trouvé celui-ci, à moins de n'en pas placer comme le veut M. Richet. (*V. année* 1873.) Autrement, on court les chances de la rétraction des parois divisées de l'urèthre et l'on retarde sa restauration.

Fondé sur ce fait et sur deux semblables qui lui sont personnels, M. Guyon donne la préférence exclusive à cette méthode sur toutes les autres. La ponction hypogastrique de la vessie, tout en prévenant l'infiltration urineuse et ses conséquences, est insuffisante à rétablir la continuité du canal de l'urèthre divisé, aussi bien que l'incision superficielle du périnée pour l'issue des liquides épanchés. Des fistules sont alors toujours à craindre, ainsi que la direction vicieuse de l'urèthre et son rétrécissement. Toutes les fois que le cathétérisme est impossible, qu'il y ait émission de sang ou non, infiltration d'urine ou non, le plus sûr est de pratiquer d'emblée l'uréthrotomie externe avec introduction immédiate d'une sonde à demeure. La ponction de la vessie,

en pareil cas, a dit M. Trélat, est une mauvaise opération et les plaies du périnée, de quelque nature qu'elles soient, guérissent avec tant de facilité, qu'il est préférable de recourir à l'incision périnéale pour rétablir le cours de l'urine. Sur 11 cas qu'il a pu recueillir de cette opération, il y a eu 10 guérisons. Il n'y a donc pas à envisager cette opération avec crainte, malgré la perte de sang qui peut en résulter et s'élever parfois jusqu'à 500 grammes. Un jet d'eau froide, dirigé par un aide avec un irrigateur, suffit à l'arrêter. En entraînant les caillots, il permet à l'opérateur de distinguer nettement les tissus qu'il divise.

Tant que l'accident ne s'accompagne pas d'infiltration d'urine, ni de sang, il y a lieu d'être réservé, surtout si le cathétérisme est possible. Il l'est parfois, même avec rupture de la paroi inférieure de l'urèthre, en dirigeant le bec de la sonde en haut et en lui faisant suivre la paroi supérieure; mais ces cas sont rares, et, dès qu'il y a émission de sang, arrêt de la sonde par des caillots, il y a danger d'insister dans les tentatives de cathétérisme. Les caillots accumulés, pressant sur la paroi inférieure de l'urèthre déchirée, l'appliquent contre la paroi supérieure et causent ainsi la rétention d'urine, dit M. Rochard, encore favorisée par la contraction spasmodique des deux bouts de l'urèthre divisé. En arrivant au niveau de la déchirure, la sonde l'enfile, l'élargit, pénètre au milieu des caillots et renouvelle l'hémorrhagie. Si le chirurgien n'intervient pas, le spasme du bout supérieur a lieu, l'urine coule par la plaie, se mêle aux caillots qu'elle dissout en partie, s'infiltre dans le tissu cellulaire, et donne lieu à ces formidables abcès gangréneux, connus de tous les chirurgiens. Le périnée est criblé de fistules consécutives et de cicatrices adhérentes, offrant de très-mauvaises conditions pour la réparation ultérieure du canal par l'uréthrotomie externe, qu'il faut toujours en venir à pratiquer. Au début, au contraire, elle peut être faite régulièrement, dans des tissus sains, et si une fistule en résulte, elle est unique et peut être fermée par une autoplastie périnéale. (*Soc. de chir.*, décembre.)

Il est donc à penser, que, devant ces faits et ces considérations, l'uréthrotomie externe immédiate sera plus souvent pratiquée et qu'il y aura moins d'accidents consécutifs aux ruptures de l'urèthre.

S

SANG. *Altérations partielles.* Il résulte des expériences répétées de M. Signol, vétérinaire, que le sang d'un cheval sain, tué par assommement ou asphyxié par l'acide carbonique, acquiert promptement des propriétés toxiques dans les veines profondes, tandis qu'il reste sans nocuité dans les veines superficielles. Pris dans la veine porte ou dans la veine cave, par exemple, seize heures après la mort au minimum, et inoculé au mouton et à la chèvre, à la dose de quatre-vingts gouttes, il a été promptement mortel, tandis que, pris dans la jugulaire du même animal et inoculé de la même manière, il ne détermina aucun effet sensible. Tel est le fait important dont l'examen, le contrôle va être fait par une commission de l'Institut.

Rien n'explique jusqu'ici cette extrême nocuité du sang des veines profondes, chez le cheval assommé ou asphyxié. Ce n'est pas le gaz acide carbonique qui s'y introduit dans ce dernier cas, puisqu'il est de même toxique dans le premier. Et cependant il est remarquable que le sang des animaux asphyxiés paraît éprouver plus rapidement le changement, l'altération, la décomposition qui le rend toxique. Est-ce le maximum de température qu'il acquiert dans cette région qui facilite sa décomposition sur place et lui communique ses propriétés toxiques? M. Signol ne l'examine pas, et cependant cette question méritait bien de fixer son attention, surtout depuis que M. Cl. Bernard a démontré expérimentalement que la plus haute température du sang veineux est à l'embouchure des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure. M. Bouley incline à admettre que la nocuité de ce sang et sa décomposition viennent de son voisinage de l'intestin et des agents qui peuvent en provenir. Il n'y a donc rien de positif à cet égard.

Le fait établi, démontré par M. Signol, c'est que ce sang toxique de la veine porte contient des bactéries comme le sang charbonneux. On trouve même, dans le sang des animaux asphyxiés, les caractères distinctifs et spéciaux attribués, dans ces dernières années, au sang charbonneux:

globules devenus agglutinatifs, formant des îlots qui laissent entre eux des espaces remplis par du sérum, tandis que celui des jugulaires, innocif, n'offre rien de semblable.

Il y a donc une différence dans l'aspect physique et même dans le degré de nocuité du sang de l'animal asphyxié et de celui qui est assommé. Et par suite, la présence de la bactérie dans le sang n'est plus le caractère spécial des maladies charbonneuses, car ces animaux ne l'étaient nullement et la preuve, c'est que le sang des moutons et des chèvres inoculées, réinoculé à d'autres pendant leur maladie, n'a pas produit la mort comme dans les expériences si curieuses de M. Davaine; tandis que, recueilli et inoculé après la mort de ces animaux, il a reproduit la maladie et est devenu rapidement mortel. Ce n'est donc pas là l'élément du charbon ni de la septicémie, comme M. Davaine croyait l'avoir découvert. (V. Septicémie, 1872 et 1873.)

Ce que l'on croyait résolu est ainsi remis en question par cette découverte. La transmission de maladies mortelles à l'homme par l'inoculation du sang d'animaux tout récemment morts ne sera plus un caractère distinctif du charbon; il suffira que ces animaux aient été assommés ou étouffés dans le feu pour que le sang des parties profondes, inoculé accidentellement pendant l'autopsie ou les recherches cadavériques, devienne promptement mortel. Il n'en faudra donc plus conclure désormais à l'existence du charbon, comme on a pu et dû le faire dans le passé.

Au point de vue de l'hygiène publique, il y aura désormais des précautions et des mesures sanitaires à prendre pour les cadavres des chevaux assommés et asphyxiés, mesures analogues à celles employées pour les animaux morts du charbon ou d'autres affections inoculables, c'est-à-dire à les enfouir, rapidement et profondément. Il faudra aussi que les bouchers, en dépeçant des animaux assommés, comme il est encore d'usage de les tuer dans quelques pays, prennent certaines précautions en plongeant leurs mains dans l'intérieur du ventre, car ce sang peut aussi avoir contracté des propriétés malfaisantes comme celui des chevaux. Enfin, il n'y aura plus à attribuer au charbon seul les maladies mortelles transmises de cette manière. Il faudra rechercher avant tout le genre de mort de l'animal ayant servi à l'inoculation.

Conservation hors des vaisseaux. Cette question, très-difficile à résoudre, s'est présentée à l'occasion d'un caillot sanguin, ferme, résistant, d'une consistance uniforme, fibrineux et jaunâtre en certains points, noir et cruorique en d'autres, rencontré par M. Nicaise dans l'articulation du genou gauche, à l'autopsie d'un charretier de 60 ans qui, quatorze mois auparavant, avait eu un épanchement articulaire, à la suite d'une chute de cheval. Malgré des saignées au début, des résolutifs, des vésicatoires, des badigeonnages iodés, des pointes de feu sur l'articulation et l'extension continue de la jambe, ce caillot avait persisté. Il adhérait à la synoviale et aux points des surfaces articulaires qui ne se touchent pas dans l'extension du membre. Absence de liquide et d'inflammation vive dans l'articulation. Les cartilages sont seulement teintés par le sang, ramollis et velvétiques en deux points. Synoviale saine.

L'examen histologique de ce caillot n'ayant pas été fait lors de sa présentation, on ne peut arguer de sa composition pour soutenir sa formation récente ou ancienne. Son apparence extérieure et sa consistance ferme ne suffisaient pas pour affirmer celle-ci, bien que la lenteur de la résorption n'ait rien d'étonnant, surtout dans une membrane synoviale très-mal disposée pour la résorption. Des mois se passent sans qu'il y ait résorption du sang épanché entre la dure-mère et les os. Aussi est-ce fondé *à priori* sur ce principe de physiologie pathologique : que, hors de leur tissu, les éléments anatomiques se détruisent, que M. Verneuil ne voit là qu'une suffusion sanguine récente, plutôt qu'un caillot. Il peut bien y avoir pérennité d'un foyer pathologique, mais jamais des éléments histologiques du sang extravasé. Ils ne peuvent rester si longtemps hors de leur foyer naturel sans se détruire. Quand ils ne sont pas éliminés brusquement, la nécrobiose en est le terme fatal. Le sang se convertit fatalement en hématoïdine, selon le savant professeur. Le périoste transplanté se résorbe fatalement comme les greffes étrangères. Des globules sanguins étrangers, introduits par la transfusion, meurent également quand ils ne font pas mourir l'organisme.

Ces faits montrent donc que la mort est inévitable pour les éléments du sang. On n'est plus à l'époque où Hunter et Velpeau croyaient que le sang pouvait coloniser, se re-

produire, proliférer. Il meurt, au contraire, vite ou lentement, sans que l'on puisse fixer la durée de sa survie. Robin dans son *Traité des humeurs*, Cornil et Ranvier dans leur *Manuel d'histologie*, Voillemier dans son article sur les *Ponctions capillaires*, l'ont établi péremptoirement. La marche des hématocèles, des pachyméningites, des hémorrhagies cérébrales, montre que le sang ne se maintient pas liquide dans les cavités closes.

Sans prétendre à une pérennité absolue des éléments sanguins, M. Trélat oppose à ces lois, ces principes théoriques de l'histologie moderne, des faits exceptionnels, témoignant que les éléments anatomiques du sang peuvent se conserver indéfiniment. Cette tendance des épanchements séro-sanguins a été signalée depuis longtemps. Il en a vidé dont l'existence remontait à 22 mois, et contenant de petits caillots avec du sang encore liquide. Après plus de deux ans, les hématies peuvent être simplement altérées et non détruites. Virchow a retrouvé des globules sanguins, ratatinés, dans un hématôme traumatique du muscle iliaque, datant de 3 ans et demi. Des séquestres enkystés ont été retrouvés intacts après 43 et 51 ans, dit M. Broca dans son *Traité des tumeurs*, et le contenu d'un épanchement sanguin de 450 grammes était encore rouge et liquide après 9 mois et demi d'existence; les globules formaient des piles comme à l'état normal; il n'y avait ni fibrine ni cristaux d'hématosine.

M. Le Fort ne voit rien qui s'oppose à ce qu'un épanchement sanguin puisse séjourner aussi longtemps dans une membrane synoviale sans être résorbé, car on observe des caillots identiques, dans certains anévrysmes, complétement séparés du courant circulatoire depuis quatre ou cinq années, sans que le sang fût beaucoup altéré. Ces faits montrent donc qu'en dehors des lois de destruction, il y a des exceptions qui ont lieu, soit en raison des organes ou de l'âge des sujets, ou plutôt qu'il n'y a rien d'absolu dans ces lois. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Numération des globules. Les résultats relatifs et les erreurs possibles de cette nouvelle méthode d'examen de la composition du sang ont été mis en évidence par M. Brouardel d'une manière singulière. Il a observé que le nombre des globules augmente, dans une goutte de sang, à mesure que

l'organisme s'appauvrit par la soustraction du sérum. Il les a vus ainsi s'élever, du jour au lendemain, de 200 à 1000 par millimètre cube à la suite d'une purgation ayant déterminé de une à quatre garde-robes. Vingt-quatre heures après, la proportion des globules revient au même chiffre qu'auparavant. De même de l'inanition produite par des diarrhées ou des vomissements incoercibles. Un rétrécissement filiforme du pylore ayant amené des vomissements incoercibles, la numération des globules faite deux jours avant la mort, survenue par inanition au bout de quatre mois, donna 4849395 globules rouges et 7852 globules blancs. Le sang était tellement concentré, par la perte du sérum, qu'il était visqueux et épais comme un sirop très-chargé.

Le sang, en se dépouillant de son sérum par une cause morbide ou thérapeutique quelconque, augmente donc momentanément le nombre des globules. Cet effet singulier des purgatifs est analogue à ce que M. Lépine a constaté chez les nouveau-nés, pendant les premiers jours de la vie. L'enfant, en vivant sur son sérum sanguin, en diminue la proportion, et les globules sont ainsi en nombre plus considérable dans un volume déterminé de sang. En se nourrissant de lait ensuite, l'enfant reproduit son sérum, et le rapport entre celui-ci et les globules se trouve renversé. (*Soc. de biol.*, 12 février.) Il s'ensuit que la numération des globules, pour être exacte et absolument vraie, devrait tenir compte de la proportion du sérum dans laquelle il se trouve; autrement, elle donnera une proportion pléthorique lorsqu'il n'y a que faiblesse et dépérissement. (*Soc. méd. des hôpitaux*, juillet, et *Union méd.*, n° 110.)

Action du nitrite d'amyle. La couleur noire du sang, constatée dès 1871 par H. Wood chez les individus soumis à ses inhalations, a conduit MM. Jolyet et Regnard à en étudier expérimentalement l'action. Deux chiens, soumis à ses inhalations, ont présenté les phénomènes suivants

Le premier, qui absorbait 9 litres 460 d'oxygène contre 7 litres 355 d'acide carbonique expirés en une heure avant l'expérience, n'absorbait plus après que 6 litres 131 d'oxygène contre l'expulsion de 5 litres 440 d'acide carbonique. Le lendemain, le pouvoir absorbant était revenu à l'état normal. L'action est donc toute passagère.

Chez le second, l'absorption de l'oxygène tombait, par l'inhalation d'une dose mortelle, de 7 litres 815 à 3 litres 520 par heure, et de 5 litres 416 d'acide carbonique; l'exhalation n'était plus que de 3 litres 360. (*Soc. de biol.*, juin.)

Il agit donc en chassant l'acide carbonique et en empêchant l'hémoglobine d'absorber l'oxygène. Bien que passagère, cette action peut être rapidement mortelle si les inhalations sont trop prolongées.

Sels biliaires. Comme complément de leurs expériences sur l'action de la bile dans le sang (V. *année* 1874), MM. Feltz et Ritter ont découvert que des sels biliaires apparaissaient dans le sang et les urines, à la suite de certains empoisonnements lents. Tels sont : le phosphore, introduit dans l'estomac à l'état de solution dans l'huile, dissous dans le sang ou dans la glycérine; le tartre stibié, administré par voie digestive et par inoculation dans le sang; l'arseniate de soude et l'acide arsénieux, ingérés par l'estomac; enfin, les substances septiques injectées dans le système nerveux.

La présence de ces sels biliaires dans les urines implique nécessairement la contamination du sang, car elle ne se manifeste que vingt-quatre heures environ après l'introduction dans l'organisme de la substance toxique, et leur apparition dans le sang lui-même; d'où il suit que le phénomène ne se produit pas dans les empoisonnements aigus ou suraigus, mais dans les cas où l'influence toxique est relativement longue et maintenue à un certain degré d'intensité, sans atteindre brusquement les limites mortelles.

Ces recherches confirment également ce fait déjà connu, à savoir : que c'est particulièrement du côté du foie que se fait l'effort d'expulsion et d'élimination toxiques. Si, au point de vue de l'élimination du poison, cet effort est, au moins en apparence, salutaire, on comprend tout ce qu'il peut avoir de dangereux en soi, lorsque le flux sollicité est trop abondant pour se déverser au dehors, ou lorsqu'il y a stagnation d'une bile surabondante dans l'organe sécréteur, auquel cas, il y a résorption et intoxication secondaire par les sels biliaires, comme dans les empoisonnements par les venins animaux, de la *cobra* ou serpent à sonnettes, en particulier. Ces résultats projettent ainsi une vive lumière sur la pathogénie d'un grand nombre d'accidents morbides

de nature septicémique ou toxique. (*Acad. des sciences*, 1875.)

Distinction des taches de sang. Une tache suspecte de sang desséché étant donnée, Malinin l'imbibe d'une solution de potasse caustique à 90 pour 100 et la porte aussitôt sur la lentille d'un bon microscope. On voit, dit-il, aussitôt la parcelle se désagréger, la solution se colorer en rouge et apparaître des globules blancs s'il s'agit de sang de mammifère, ou une quantité innombrable de noyaux si c'est du sang d'oiseau. A la place des granulations, apparaissent de petits cristaux en colonnettes qui disparaissent plus lentement en employant une solution de soude, au lieu de celle de potasse, mais de même densité.

Si c'est du sang de mammifère, il s'agit de distinguer celui de l'homme. C'est là la grande difficulté, et l'auteur russe n'a pas d'autre méthode que la mensuration des globules rouges déjà connue. (*Archiv für pathol. anat. und Phys.*)

Dans ces conditions de sang desséché sur un linge, les globules rouges ne reprennent que difficilement et d'une façon incomplète leurs caractères microscopiques. On sait d'ailleurs qu'ils se déforment avec une grande facilité par l'altération du sang lui-même (V. *année* 1874). Aussi, le professeur Cappezzuoli s'attache-t-il de préférence à faire apparaître les cristaux d'hémine à l'aide de l'acide acétique additionné de chlorure de sodium, et l'emploi du spectroscope. (*Lo sperimentale*, octobre et novembre 1875.)

SARCOMES. Les caractères histologiques en sont encore si mal fixés, et par suite la gravité de cette nouvelle espèce nosologique si incertaine, que M. R. Tripier a cru devoir relater en détail l'observation d'un jardinier de 22 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, le 11 juin 1875, avec des tumeurs multiples présentant le caractère sarcomateux et qui ont disparu par l'usage de l'huile de foie de morue. Des accidents bronchopulmonaires et surtout l'écrasement d'un orteil le firent entrer à l'hôpital, lorsqu'on découvrit ses doigts à demi-fléchis, l'avant-bras incliné sur le bras avec une fermeté anormale des masses musculaires. De petites nodosités existent au bras, dans les biceps, avec une consistance ligneuse; de

petites tumeurs rondes, ovoïdes, du volume d'un petit pois à celui d'une noisette, mobiles, fermes, résistantes, sans saillies apparentes, indolores, se remarquent dans le tissu musculaire superficiel, les interstices des muscles et surtout le long de la gaîne des vaisseaux, à la partie antérieure des membres et du thorax.

En augmentant de volume, ces tumeurs furent rattachées à des cysticerques par les uns, à des ganglions hypertrophiés par d'autres, lorsque l'excision de l'une des plus volumineuses la montra enveloppée de tissu cellulaire lâche, mêlé de quelques parcelles de tissu musculaire. Le microscope y constata, à l'intérieur, les éléments du tissu conjonctif à ses différentes phases avec beaucoup de jeunes cellules. Le docteur Morat l'ayant examinée après préparation y trouva, dans une substance amorphe, des amas de cellules séparées par des faisceaux longitudinaux remplis eux-mêmes de cellules. Celles-ci, coloriées par le carmin, sont fusiformes et contiennent un ou plusieurs noyaux ; leurs prolongements sont plus ou moins longs et, dans certains points, constituent des faisceaux conjonctifs qui ont une légère teinte verdâtre. Quant aux amas de cellules, ils sont certainement constitués par des faisceaux identiques aux précédents et vus sur une coupe. Il y a un certain nombre de fibres élastiques. Les vaisseaux sont aussi assez nombreux; ils sont surtout très-manifestes sur les préparations provenant du liquide de Müller. Enfin, on peut s'assurer par ces préparations qu'il n'existe aucune trace de tissu réticulé.

Malgré ces caractères histologiques au sarcôme, il est remarquable que toutes ces tumeurs disparurent, dans l'espace de quelques mois, par l'usage de l'huile de foie de morue et le séjour à l'asile de convalescence de Longchêne. Si, en vertu de l'axiome latin : que la nature des maladies se découvre par les effets de leur traitement, on peut croire à une affection ganglionnaire, lymphatique, c'est là une nouvelle contradiction avec l'histologie et le microscope. (*Lyon méd.*, n° 29.)

Sarcôme mélanique généralisé. L'absence de coloration anormale de la peau est le fait remarquable de cette observation recueillie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. Tripier, au mois de novembre 1875. Il s'agissait d'un journalier de 66 ans, dont l'énucléation de l'œil droit avait été faite, au

commencement de l'année, pour un sarcôme choroïdien. Pris ensuite de faiblesse générale, sans appétit, avec facies terreux, sans animation, il présente une teinte uniformément pâle de la peau, sans coloration anormale.

Mort le 28 novembre. De grosses masses mélaniques sont rencontrées dans les capsules surrénales très-hypertrophiées, et mesurant 7 centimètres de long sur 4 à 5 de haut et 3 d'épaisseur. Durs, résistants, ces organes sont entourés d'une enveloppe fibreuse qui présente de nombreux noyaux de sarcôme arrondis, bien limités, très-noirs à la coupe et en général de la grosseur d'un pois. Sur une coupe, la capsule surrénale n'est qu'une masse homogène d'un tissu résistant, noir foncé, rappelant l'aspect de la truffe et parsemé d'îlots blancs ayant la même consistance et la même structure que les parties noires et continues avec elles sans aucune démarcation. Les capsules fibreuses des reins et de la rate étaient également parsemées de noyaux noirs; mais le tissu de ces organes était exempt de mélanose. Le foie, au contraire, en était parsemé aussi bien que la capsule. Le pancréas en est farci, ainsi que les poumons et la muqueuse bronchique, au point de rétrécir le calibre de. ces conduits. De même dans le cœur et le corps thyroïde, bien que les autres glandes en fussent exemptes. Les muqueuses, à partir de l'estomac, sont aussi envahies par ces points noirs, ainsi que celle de la vessie et surtout de la vésicule biliaire, et les séreuses encore davantage.

L'infiltration était donc générale, et cependant ni la coloration bronzée, ni l'accumulation du pigment mélanique dans le réseau de Malpighi, ne s'observaient sur la peau uniformément pâle. C'est donc là un fait exceptionnel. (*Lyon méd.*, nº 6.)

Sarcôme ossifiant. *Diagnostic différentiel.* Pouvant être confondu avec la périostose au début, le sarcôme myéloïde ensuite, et avec l'exostose à la fin, cette espèce d'ostéo-sarcôme mérite d'en être distinguée avec soin par les caractères anatomo-pathologiques qui peuvent seuls en éclairer les signes cliniques. C'est ce que M. Fochier a fait, avec beaucoup de soin, à propos d'un exemple curieux, qui s'est présenté dans son service de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur un chapelier de 30 ans. Atteint de la syphilis dix ans aupara-

vant, il avait reçu, pendant la guerre, un coup de baïonnette à la partie interne du genou gauche, qui n'eut pas de suites. Ce n'est qu'à la fin de l'été, en 1874, qu'il ressentit des douleurs au siége même de cette blessure, et qui s'irradièrent bientôt suivant le trajet des vaisseaux et du plexus crural. Un peu de tuméfaction douloureuse s'observe en février 1875, et les accidents obligent bientôt le malade à recourir au médecin et à entrer à l'hôpital, le 1er septembre, un an environ après le début des douleurs.

A l'examen, température élevée avec douleurs lancinantes, teinte rouge de la peau, soulevée par une tuméfaction profonde, rénitente, dans la région du condyle interne. Une tumeur existe au-dessus de l'interligne articulaire et s'élève à dix centimètres au-dessus avec prolongement à la face antérieure du fémur, atteignant le bord antérieur du condyle externe, noueux à la palpation. Veines sous-cutanées apparentes en dedans du genou. Aucun souffle vasculaire. Une épingle, enfoncée sur le condyle interne, pénètre profondément dans des tissus sans rencontrer de coque osseuse, comme dans l'ostéo-sarcôme ordinaire. On pouvait croire ainsi à une ostéo-périostite syphilitique, à cause des douleurs remontant à une année, mais l'accroissement rapide de la tumeur, depuis trois mois, fit réserver ce diagnostic. Néanmoins, l'iodure de potassium fut administré à haute dose avec frictions mercurielles, comme pierre de touche. La tumeur ne cessa de s'accroître et l'amputation dut être pratiquée, le 13 octobre, à quatre travers de doigt au-dessus de la tumeur, soit à la partie inférieure du tiers moyen. Le 20 novembre, la cicatrisation était à peu près complète.

La portion de fémur enlevée mesure 22 centimètres de long dont les deux tiers environ sont englobés dans la tumeur. Au niveau de celle-ci, l'os dépouillé des parties molles mesure 33 centimètres de circonférence. Sur la face interne, la tumeur commence à un centimètre du cartilage articulaire, recouvre ainsi le condyle interne, et de là remonte à une hauteur de 16 centimètres comme en avant ; en dehors, le condyle est absolument libre ; le néoplasme ne commence qu'à partir de son bord supérieur, pour recouvrir ensuite la partie inférieure de la face externe du corps de l'os. En arrière, la tumeur envahit tout l'espace poplité ; toutefois, l'anneau qu'elle forme ainsi autour de l'extrémité inférieure du fé-

mur est interrompu par un sillon correspondant aux insertions de la courte portion du biceps à la bifurcation externe de la ligne âpre.

Cette tumeur est recouverte d'une membrane propre formée par la périoste, et renforcée par du tissu lamineux condensé, qui se continue manifestement en haut avec le périoste du corps de l'os. Toute la surface présente des mamelons et des sillons profonds et irréguliers. Rénitence légère à la pression, surtout en arrière où la transformation ostéoïde est moins avancée.

Une coupe médiane et antéro-postérieure montre le corps du fémur intact au milieu des productions osseuses de nouvelle formation comprises exclusivement entre la surface externe de l'os et le périoste qu'elles ont soulevé ; elles pénètrent dans l'intérieur de l'os en avant et en dedans seulement, où elles ont commencé à sept centimètres au-dessus de la surface cartilagineuse des condyles. Là, le tissu spongieux morbide est en voie de transformation en un tissu compact, éburné, obturant le canal médullaire dans une étendue de trois centimètres de haut. Cette transformation comprend toute l'épaisseur de la diaphyse fémorale à sa jonction avec l'épiphyse. Celle-ci a conservé sa structure aréolaire et se trouve ainsi nettement séparée de l'os. Un sillon sinueux la sépare aussi du noyau éburné remplissant le canal médullaire.

La tumeur est constituée par des ostéophytes, formés de gros grains de tissu osseux ou chondroïde, et en plus grande quantité de grosses aiguilles, en forme de parallélipipèdes irréguliers, dont la base, appliquée sur le fémur, est d'une organisation plus avancée que le sommet ou extrémité périphérique qui se résout en un tissu fibro-cartilagineux de consistance de plus en plus molle, notamment dans le creux poplité. Des cloisons fibreuses se détachent par places de la face interne du périoste, pour se perdre dans les masses de tissu spongieux. On y trouve aussi des cellules remplies d'un tissu médullaire rougeâtre. Le périoste est épaissi et en voie de prolifération, à deux ou trois centimètres au-dessus de la tumeur.

L'examen histologique montre que les noyaux de la périphérie, où la tumeur est en voie d'accroissement, sont formés d'une enveloppe fibreuse en continuité avec le périoste

contenant une zone de moelle embryonnaire, plus épaisse que dans les exostoses et traversée par des corps fusiformes courts ; au centre, est un noyau réellement osseux, mais qu'une faible infiltration calcaire permet encore de diviser avec le bistouri. Enfin, une large zone d'une substance hyaline intermédiaire, formée de corps cellulaires ramifiés, sépare ces deux phases de début et de terminaison du tissu ostéoïde, que le défaut de coloration par l'acide chrômique et le carmin, à l'état frais, finit par caractériser.

On comprend ainsi le développement de la tumeur de la face interne du périoste, se juxtaposant à la surface externe du fémur, et l'envahissant peu à peu jusqu'à pénétrer dans le canal médullaire où elle a provoqué une nouvelle irritation formative. De là, la transformation de la moelle en noyaux éburnés qui la remplissent et le caractère malin de la tumeur.

Si c'est là un ostéo-sarcôme, il convient d'en préciser l'espèce, la variété. Le plus fréquent est celui qui se développe dans la moelle et qui en conserve la structure. Il est enveloppé d'une coque plus ou moins complète, produite par l'irritation du périoste : c'est le sarcôme myélogène.

Celui-ci en est tout différent, car il provient du périoste, d'où son caractère dur, osseux. Il se manifeste, au début, par un noyau sous-périostique, perceptible avec les premières douleurs et facile à délimiter sur un os superficiel. De là, une confusion possible avec la périostose. Plus tard, au lieu du gonflement général de l'épiphyse, comme dans le sarcôme myéloïde, celui-ci est limité à l'un des côtés et ne s'étend que par juxtaposition et non par tuméfaction de l'os. Plus tard, l'ostéoïde présente une masse fusiforme, au lieu de la forme globuleuse du myéloïde.

L'acupuncture peut, à ces diverses périodes, aider utilement au diagnostic. L'aiguille est arrêtée à la superficie par la coque osseuse, dans le myéloïde, tandis qu'elle peut s'enfoncer jusqu'à l'os dans l'ostéoïde en voie de développement. De là, un pronostic bien différent, car l'infection n'est pas à redouter dans l'ostéoïde, tant qu'il n'a pas franchi les limites du périoste et reste enkysté dans cette membrane. De là aussi, l'importance de le diagnostiquer de bonne heure, pour ne pas le confondre avec une périostite ou la périostose, car l'incision ouvrirait une voie à l'infection métasta-

tique. L'incision doit donc être évitée lorsqu'il y a doute, et l'amputation pratiquée de bonne heure prévient plus sûrement l'infection sarcomateuse. On peut même amputer ou réséquer, en cas de nécessité, en pleine ostéite condensante sans s'exposer à une récidive.

L'ostéo-sarcôme périostique, ossifiant comme le myéloïde à coque, étant au début une tumeur essentiellement locale et ne se développant pas par nodules multiples, l'amputation dans la continuité est préférable à la désarticulation dont quelques chirurgiens font encore la règle. Contre un myéloïde à coque, de l'extrémité inférieure du fémur droit, qui mesurait 85 centimètres de circonférence, M. Fochier a pu amputer, en 1872, un homme de 40 ans, sans récidive locale, ce qui promet un égal succès dans ce cas-ci. (*Lyon méd.*, n° 51, décembre 1875.)

La pénétrabilité de l'os n'est pourtant pas un caractère infaillible de sarcôme-ostéoïde. Elle existe de même dans la forme *médullisante aiguë* de l'ostéo-périostite de M. Ollier. Lorsque le tissu osseux se médullise avec rapidité, en se transformant en moelle et en fongosités purulentes, sans séquestres appréciables autres que des parcelles osseuses insignifiantes, comme on l'observe aux phalanges, au maxillaire inférieur, aux os courts et aux extrémités des os longs, le stylet pénètre si facilement dans le tissu de l'os, en l'explorant, que l'on dirait une cavité séquestrale. Quand la médullisation domine, l'os se décalcifie et devient friable, le stylet le traverse sans effort. L'ablation de l'os n'est pourtant pas indispensable alors, car le processus change parfois, et un processus ossifiant y succède, si le périoste n'a pas été détruit. (*Idem*, n° 4, 23 janvier.) Le seul caractère différentiel du sarcôme, au début, est donc la tumeur qu'il forme.

Ostéo-sarcômes articulaires. Devant la difficulté du diagnostic différentiel avec les tumeurs blanches, fongueuses, les ostéo-périostites et les méprises qui ont eu lieu, comme il en cite des exemples, M. Gillette donne comme signes diagnostiques : la marche rapide et continue de l'affection; les douleurs vives et persistantes malgré le repos et l'immobilité; le développement rapide du gonflement; l'absence de la suppuration; la résistance absolue aux moyens thérapeutiques et l'exaspération des douleurs à la suite de la com-

pression; l'intégrité des mouvements articulaires. La ponction exploratrice confirmant la nature cancéreuse du mal, il n'y a plus qu'à amputer le plus haut possible, sinon à désarticuler. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Sarcôme de l'utérus. En vue d'en établir les différences cliniques avec le cancer, Russell Simpson, d'Édimbourg, en rapporte quatre observations, chez des femmes âgées, et d'où il résulte que cette affection rare, aussi commune chez les nullipares que chez les multipares, ne survient presque jamais avant la ménopause. Des hémorrhagies graduellement plus abondantes, accompagnées d'un écoulement leucorrhéique pâle, plus ou moins jaunâtre et fétide, en sont les premiers signes. La douleur en résultant est presque nulle et beaucoup moindre que dans les cas de polype fibreux et surtout de cancer. La gêne de la miction, de la défécation, n'arrive que par le développement de la tumeur.

L'exploration directe par le toucher décèle l'augmentation du volume de l'utérus, col entr'ouvert donnant issue assez souvent à une tumeur fongueuse qui saigne facilement par le cathétérisme avec l'hystéromètre. Mobilité de l'organe. A ces signes, on peut diagnostiquer un sarcôme et la facilité d'en extraire des fragments permet de le confirmer par le microscope, même sur le vivant.

S'il est moins grave que celui du cancer, le pronostic l'est cependant. Il permet de tenter l'ablation de la tumeur, même à plusieurs reprises, tant que la santé générale n'est pas altérée, que la cachexie n'est pas manifeste. On peut aussi, avec l'abrasion partielle, recourir au grattage de la muqueuse avec la curette de Récamier, aux grands lavages antiseptiques et aux toniques à l'intérieur, ce qui n'empêche pas la mort d'arriver en trois ans en moyenne. (*Edinburgh med. journal*, janvier.)

La distinction n'existe donc guère qu'au point de vue histologique, car, on le voit, l'issue est la même que dans le cancer, malgré le traitement.

SCARLATINE. *Sulfo-carbure de sodium.* Basé sur ce fait qu'un cadavre peut être désinfecté au point de résister à la putréfaction, le docteur Brakenridge, de l'infirmerie royale d'Édimbourg, a soumis ses scarlatineux à l'usage de ce nou-

veau désinfectant pour les prémunir contre l'infection. 50 enfants — 19 garçons et 31 filles au-dessous de 17 ans et demi, — ayant pris un à deux grammes de ce sel, toutes les deux heures, à partir du quatrième jour de l'invasion, se sont tous rétablis parfaitement. La température et le pouls ont baissé notablement chez 46, aussitôt l'emploi du médicament. Au contraire, sur 24 adultes admis dans les salles de scarlatineux, en 1874, avant l'emploi de ce traitement, 4 ont succombé.

Sans doute, la comparaison n'est pas rigoureuse, car la scarlatine est aussi légère chez les adultes que grave chez les enfants, le plus souvent. Quoi qu'il en soit, des 50 enfants, 18 étaient convalescents dès le sixième jour et autant le huitième, 5 le dixième, 4 le quatorzième et 2 le dix-septième. Chez les autres qui n'avaient pris le sulfo-carbure que tardivement, des complications survinrent, notamment une albuminurie persistante chez 2. Ce n'est pas que les autres en furent absolument exempts; 15 seulement y échappèrent complétement. L'albuminurie, des douleurs articulaires des parotides, se présentèrent chez les autres, mais passagères et sans gravité. Il n'y eut que 2 cas de délire. M. Sansom avait obtenu les mêmes résultats.

L'épreuve n'est pourtant pas concluante, car il faudrait comparer entre les enfants placés dans des conditions analogues, sinon similaires. Néanmoins, M. Brakenridge voit là un prophylactique de l'infection, car ayant administré ce sel à 45 personnes exposées à l'action de la rougeole, de la scarlatine, de la diphthérite, à la dose de 35 centigrammes à 3 grammes, trois fois par jour, selon les âges, pas une seule n'a été atteinte. C'est encore une preuve pour lui.

SCIATIQUE. *Point apophysaire douloureux.* Son existence, lorsqu'elle est bien constatée, en révélant une irritation spinale, peut servir d'indication au traitement local à employer comme dans les autres névralgies et névroses, selon le docteur Armaingaud. Le professeur Duplouy, de Rochefort, souffrait, depuis 1869, d'une double névralgie sciatique très-violente, ayant succédé à une fièvre intermittente contractée en 1867. Le sulfate de quinine et tous les autres moyens avaient échoué. La pression au niveau des apophyses épineuses des quatrième et cinquième lombaires déterminant

une douleur très-marquée, il appliqua dessus des vésicatoires qui amenèrent immédiatement un soulagement complet et persistant. (*Gaz. hebd.*, n° 35.)

Injections profondes de chloroforme. Dans les cas invétérés, rebelles aux autres moyens, Collins ayant employé ce mode de traitement des névralgies de la face (*V. année* 1875), en a obtenu des succès remarquables. Contre une douleur du nerf plantaire interne, rebelle depuis dix semaines, une injection *loco dolenti* de 30 gouttes de chloroforme amena la guérison. De même contre une sciatique très-vive. Une sciatique datant de trois ans disparut complétement et sans retour, après une injection de 40 gouttes. (*Schmidt's Jahrbücher*, 1875.)

M. de Cérenville a confirmé ces résultats en employant cette méthode à l'hôpital cantonal de Lausanne sur des cas anciens de sciatique vraie, déjà traités par les vésicatoires, l'iode, les révulsifs de toute sorte, jusqu'au fer rouge. Les injections ont été faites dans la région ischiatique, au milieu de la cuisse, au mollet, suivant le siége principal de la douleur, et il en a obtenu des guérisons rapides. Mais la réapparition de la douleur après quelques jours l'a obligé, dans certains cas, à revenir sur l'injection et à pratiquer ainsi plusieurs piqûres.

Deux accidents ont aussi été observés. C'est une anesthésie complète du membre ayant reçu l'injection et un empâtement très-douloureux. La première disparut spontanément en deux jours et le second céda aux cataplasmes et aux frictions d'onguent mercuriel. Les praticiens ont donc à prendre au moins certaines précautions dans le manuel opératoire de ces injections profondes. (*Lyon méd.*)

SCILLE. Dans ses recherches sur les poisons du cœur, faites sur les animaux, Husemann en a trouvé un nouveau dans l'extrait de scille, fait avec les bulbes rouges et frais; les bulbes blancs ne paraissent pas le contenir, non plus que la scillitine de Merck. L'usage de cet extrait arrête le cœur en systole, comme les autres poisons cardiaques, et en diminue l'irritabilité, tandis que les mouvements spontanés, l'irritabilité réflexe, l'excitabilité électrique des nerfs périphériques et des muscles sont à l'état normal, ou presque normal.

Contrairement à l'innée et à la digitaline, l'extrait de scille amène l'irrégularité des mouvements du cœur avec abaissement de la température, sans que l'atropine et le curare les rétablissent à l'état normal. Il produit aussi une augmentation de la tension artérielle, ce qui explique son action diurétique. Injecté par la méthode sous-cutanée, il ne produit pas d'altération des reins, mais il en amène l'hypérémie lorsqu'il est absorbé par l'estomac, sans inflammation locale de cet organe ni de l'intestin, comme le font les drastiques, l'élatérine et la bryone notamment. Ses indications et contre-indications sont donc les mêmes que celles de la digitale. (*Arch. für experiment. pathol. und pharmakol.* T. V.)

Ces données étant déduites d'expériences faites exclusivement sur les animaux, il n'en résulte aucune indication pratique pour l'administration de la scille chez l'homme quant aux doses ni aux symptômes. Elles ne peuvent donc que tenir le praticien en éveil sur l'emploi de ces bulbes et lui en faire plus sérieusement surveiller l'action sur le cœur.

SECRET MÉDICAL. Son observation de plus en plus étroite est justifiée par un nouveau jugement utile à faire connaître. Dans les premiers jours de décembre 1875, M. le docteur Berrut se présentait à la mairie du 7e arrondissement de Paris pour déclarer, aux termes de la loi, la naissance d'un enfant du sexe féminin, qu'il venait de mettre au monde, mais en refusant de faire connaître le nom de la mère et le lieu de l'accouchement, comme lui ayant été confiés sous le sceau du secret professionnel. Le maire refusa de recevoir cette déclaration tronquée, incomplète aux yeux de la loi. De là assignation du maire devant le tribunal civil de la Seine, 1re chambre, par M. Berrut, pour le contraindre à recevoir sa déclaration. Il a soutenu lui-même sa demande et, malgré la plaidoirie de Me Hubert Valleroux pour le maire, le tribunal a rendu le jugement avec les motifs suivants, dans son audience du 30 décembre.

« ..... Attendu que l'intérêt dominant en cette matière est qu'il soit procédé sans retard à la constatation de la naissance de l'enfant...

« Que, dans l'espèce, l'indication de l'arrondissement où était né l'enfant suffisait à établir la compétence du maire;

« Que le demandeur, dans ses observations à la barre, a

affirmé que c'était par suite de l'exercice de sa profession de médecin qu'il connaissait le domicile où est né l'enfant, et a invoqué la disposition de l'article 378 du Code pénal qui lui ferait un devoir de garder le secret sur ce point aussi bien que sur le nom de la mère ;

« Attendu qu'il est constant que, le plus souvent, l'indication de la maison où a eu lieu l'accouchement équivaudra à la divulgation du nom de la mère ; qu'en conséquence, la déclaration de ce domicile ne pouvait être exigée du demandeur ;

« Attendu que la déclaration de naissance n'ayant pas été constatée dans les trois jours impartis dans l'article 55 du Code pénal, le docteur ne peut plus être admis à en faire une nouvelle ; qu'il y a lieu de procéder par voie de rectification, conformément à l'avis du Conseil d'État du 12 brumaire an XI ; que la naissance de l'enfant dans les circonstances énoncées en l'exploit introductif d'instance est suffisamment établie par les documents de la cause,

« Par ces motifs,

« Déclare que Louise-Armande, enfant du sexe féminin, est née le 7 décembre 1875, à midi, dans la circonscription du VII[e] arrondissement de Paris, de père et mère inconnus ;

« Dit que le présent jugement tiendra lieu à la susnommée d'acte de naissance ;

« Ordonne que le maire du VII[e] arrondissement de Paris sera tenu d'inscrire ledit jugement, dans les trois jours de sa signification, sur le registre des actes de naissances de cet arrondissement ;

« Sinon et faute par lui de ce faire dans le délai ci-dessus fixé, dit qu'il sera fait droit ;

« Condamne le défenseur ès qualités aux dépens. »

Ce n'est pas seulement l'accoucheur ou la sage-femme qui peuvent et doivent même se refuser à révéler le nom et l'adresse d'une femme qu'ils ont accouchée, si elle le leur demande, mais *toute personne ayant assisté à un accouchement*, car, à défaut d'accoucheur et d'accoucheuse, ces personnes sont tenues, d'après l'art. 56 du Code civil, de déclarer comme eux la naissance de l'enfant à moins de s'exposer aux rigueurs de la répression. Ainsi l'a soutenu M. Hémar, avocat général, devant la *Société de médecine légale*, dans la séance du 10 janvier. Nulle d'entre elles ne

peut donc être contrainte de révéler le secret demandé, car le droit est pour elles, comme pour l'accoucheur, corrélatif au devoir. L'exemption n'est donc pas personnelle à l'accoucheur ou à l'accoucheuse, car ce n'est pas comme tels qu'ils en jouissent, mais comme ayant eu connaissance de l'accouchement et encourant le devoir d'en faire la déclaration à l'état civil. Il considère ainsi comme une incorrection grave du jugement de ne pas avoir signalé cette extension et de l'avoir limitée au docteur Berrut comme médecin. (*Ann. d'hygiène publique*, mars.)

Le tribunal civil de Toulon, par jugement du 6 juin, a reconnu l'obligation encore plus étroite du secret professionnel. Une sage-femme de Toulon avait présenté à l'hospice de cette ville un nouveau-né assez gravement malade. L'enfant guéri, l'hospice voulut le rendre ; mais la sage-femme refusa de reprendre cet enfant, et, se retranchant derrière l'obligation du secret professionnel, refusa de faire connaître le nom de sa mère, comme elle l'avait fait en le déclarant à l'état civil de Toulon, le 23 janvier 1875, sous le nom de Paul-Joseph Villermain. Les règlements de l'administration de l'Assistance publique exigeant que l'admission des enfants nouveau-nés dans les hospices soit soumise à la nécessité de faire connaître le nom de la mère de l'enfant, la commission administrative s'adressa à la justice pour faire condamner la sage-femme à reprendre l'enfant. Malgré les conclusions du ministère public, le tribunal, reconnaissant que la sage-femme n'avait employé « aucune manœuvre dolosive de nature à surprendre le consentement des membres de la commission... ; qu'elle s'était présentée en sa qualité d'accoucheuse en déclarant que l'enfant était né de parents inconnus, ce qui indiquait suffisamment qu'il était abandonné, » renvoya la sage-femme des fins de la plainte et condamna la commission administrative aux dépens. (*Union méd.*)

D'autre part, le tribunal correctionnel de la Seine a rappelé le docteur R... à l'observation de ce devoir absolu du secret professionnel en le condamnant sévèrement. Après avoir soigné une dame qu'il n'avait pas réussi à guérir, il fut remercié et payé de ses soins. Mais ayant ensuite publié une notice médicale, il citait l'observation de cette malade comme un cas très-grave, en la désignant par son nom et

son adresse, ajoutant que sa maladie était incurable et que les enfants pourraient même en être atteints.

Le mari s'est plaint de ces indiscrétions douloureuses, et le tribunal, sur sa demande, a condamné le médecin à 500 francs d'amende et aux dépens.

SOUFFLES ARTÉRIELS. Leur production sous l'influence de la diminution, le rétrécissement du calibre des artères sur un point de leur parcours, est si bien démontrée que M. Bouillaud, qui a tant contribué à établir ce fait physique, ne peut en admettre d'autre. Un certain calibre du conduit est donc, suivant lui, indispensable à sa production; autrement le courant de l'ondée sanguine ne peut le produire. M. Depaul distingue au contraire ce souffle artériel, avec battement ou pulsation de l'artère, du souffle continu ou intermittent, sans pulsation ni battement, qui se passe dans les artères utérines dilatées, amplifiées par le fait de la grossesse ou d'une tumeur intra ou interstitielle de l'utérus qui la comprime. C'est là pour lui le caractère distinctif du souffle utérin d'avec tous les autres souffles artériels. L'attention, l'étude doivent surtout s'exercer à cet égard pour bien fixer le siége de celui-ci. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Souffle puerpéral. Tour à tour placé dans les vaisseaux utéro-placentaires par M. de Kergaradec qui l'a découvert et lui a donné ce nom; dans les vaisseaux utérins (*Paul Dubois*); dans les grosses artères pelviennes (*Bouillaud*); dans les artères utérines (*Depaul*), ce souffle vient d'être replacé dans l'artère épigastrique par M. Glénard fils. Rien ne montre mieux la difficulté d'en connaître le siége exact. Connu déjà par ses prétentions absolues et reconnues exagérées sur l'infaillibilité curative des bains froids contre la fièvre typhoïde et sa théorie mécanique sur la coagulation du sang (*Voy. années* 1874 et 75), ce jeune médecin a proposé de nouveau, avec la même assurance, cette nouvelle théorie. Après de nombreuses expériences, il en fixait le siége exclusif dans l'artère épigastrique et cela parce qu'il a cru en trouver le maximum sur son trajet correspondant à un point distant de 10 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure et la ligne qui le réunit à la symphyse

pubienne. La suppression de ce souffle 3 fois sur 5 ou 22 sur 58 expériences par la compression de cette artère, sa situation superficielle des deux côtés de l'abdomen, l'apparition d'un susurrus spécial, les variations dans son timbre, son rhythme et son intensité, lui firent émettre cette proposition comme irréfutable, admettant que les anomalies et la compression accidentelle ou passagère du vaisseau pouvaient rendre compte des différences signalées. Son intensité plus grande d'un côté que de l'autre serait ainsi causée par ses rapports avec le dos du fœtus offrant une surface plus consistante et dure que les autres parties et pouvant, par la pression du stéthoscope, produire ce maximum d'intensité.

La constatation de ce souffle 2 fois sur 8 cas de fibrômes utérins lui paraît une preuve irréfutable du siége fixé. Et comme il a été constaté de même par d'autres observateurs dans le cas de tumeurs abdominales, il n'est pas pour lui un signe absolu de grossesse. Il n'a même aucune valeur à cet égard.

Comment une artère d'un si petit calibre peut-elle donner lieu à un souffle aussi intense, étendu et rhythmé que celui de la grossesse ? se demande M. Laroyenne. Celui de l'épigastrique est très-limité au contraire. Il ne peut résulter de sa compression par l'utérus au quatrième mois de la grossesse. Il est donc bien possible que l'on ait confondu des bruits artériels différents, de même que dans le cas de tumeurs abdominales. M. Fochier a constaté ainsi un frémissement cataire et un bruit de souffle dans deux cas où l'utérus hernié à travers la lame aponévrotique de la ligne blanche laissait percevoir sous la peau le ligament rond et plus bas une artère du volume de l'humérale. Rœtter et Papin ont observé des cas semblables. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, janvier et février, et *Archives de tocologie*, février et mars.)

Après avoir été soutenue et encore plus vivement contestée dans son lieu d'origine, la théorie du souffle dans l'épigastrique a été mise en discussion à l'Académie de médecine par M. Bouillaud. Ne voyant dans la production du souffle puerpéral que la cause productrice de tous les autres : le rétrécissement du calibre artériel amenant le frottement de l'ondée sanguine, l'ingénieux observateur ne peut admettre qu'il ait lieu dans une aussi petite artère que

l'épigastrique. Or il a suffi du contrôle public de cette théorie, sur les femmes de la clinique obstétricale, pour que l'auteur fût obligé de reconnaître l'exagération et l'erreur de ses prétentions nouvelles. Il n'est même pas parvenu à retrouver, à produire, ni à faire disparaître à volonté ce souffle épigastrique, comme il l'avait avancé.

D'ailleurs, il n'avait même pas la priorité de cette théorie. Dès 1851, elle avait été émise par Kiwisch en Allemagne et, reconnue insuffisante, elle avait été abandonnée depuis et laissée dans l'oubli. Aucun auteur allemand ni français n'en avait parlé depuis, lorsque M. Glénard l'a ressuscitée.

Mais en étant forcé d'abandonner cette théorie du souffle épigastrique, il en a aussitôt reporté le siége dans le voisinage d'une grosse anastomose entre l'utérine et l'utéro-ovarienne, placée en arrière de l'épigastrique, anastomose qui serait aussi grosse que la crurale et qu'il appelle *artère puerpérale*. Mais l'existence de cette artère inaperçue des anatomistes n'est nullement démontrée. Deux injections de la fémorale, sur les cadavres de deux femmes mortes d'éclampsie après l'accouchement et dont l'utérus en involution a été distendu avec une vessie en caoutchouc gonflée, sont les seules garanties de son existence. Cette nouvelle supposition, destinée à mettre d'accord toutes les théories en présence, semble donc être plutôt la conception d'un esprit ingénieux et inventif que précis et exact. (*Lyon méd.*, n° 44.)

La mise au jour de cette théorie, renouvelée des Allemands, a paru favorable à M. Bouillaud pour faire revivre la sienne sur le siége de ce souffle dans les artères iliaques. Il l'a défendue avec une grande ardeur, suivant son habitude, mais sans grand succès, malgré le concours que lui fournissait M. Glénard. En montrant l'instabilité et la mobilité de ce souffle, son caractère exempt de pulsation et son existence dès les premiers mois de la grossesse et sous l'influence de certaines tumeurs utérines, alors que les artères iliaques n'en peuvent être comprimées, sa persistance surtout après l'accouchement, M. Depaul a bien mieux réussi à faire partager son opinion qu'il règne exclusivement dans les artères utérines. C'est la plus généralement acceptée. (*Acad. de méd.*, juin, juillet.)

Diagnostic du siége du placenta. Chez une primipare mariée depuis sept mois, une hémorrhagie s'étant manifestée, le 14 janvier, le docteur Draper trouva le col dilaté, admettant l'index, et les lèvres épaisses et fermes. Une masse spongieuse, pulpeuse, était perçue dans le col. L'hémorrhagie ayant cessé le lendemain, M. Draper perçut, à l'auscultation, le souffle placentaire très-distinctement limité sur la ligne correspondant à l'épine antéro-supérieure droite de l'ilium avec l'ombilic, au-dessus du ligament de Poupart. Le cœur fœtal battait à gauche.

Plusieurs hémorrhagies consécutives se répétèrent à quelques jours d'intervalle et déterminèrent l'accouchement prématuré d'un enfant mort-né, le 1er février, par dilatation graduelle et version, le placenta étant inséré en partie sur le col. D'où l'auteur conclut que l'audition du souffle placentaire beaucoup plus bas qu'il s'entend d'ordinaire peut être une indication de l'insertion du *placenta previa*, ce qui serait en opposition avec la théorie de M. Depaul sur le siége du souffle placentaire. Mais le docteur Lyman cite un cas où le souffle placentaire s'entendait très-bas, juste au-dessus du ligament de Poupart dans l'espace circonscrit de deux pouces de diamètre. (*Soc. obstétric. de Boston*, décembre 1875.)

Dans un cas d'hémorrhagie incoercible, chez une primipare arrivée au huitième mois et qui avait eu une précédente hémorrhagie à la fin du troisième, le docteur Buckingham trouva le cœur fœtal battant à droite de l'ombilic et le souffle placentaire très-distinctement entendu à gauche au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et de là vers le ligament de Poupart où il était le plus fort. Le siége de l'insertion du placenta ne fut pas fixé.

Souffle ombilical. Il dépendrait, suivant M. Pinard, d'après l'examen qu'il a fait, après l'accouchement, du cordon lavé, insufflé et séché, provenant de femmes qu'il avait auscultées avec soin pendant la dernière moitié de la grossesse, des replis falciformes, semi-lunaires ou diaphragmatiques qui obturent plus ou moins complétement la lumière des vaisseaux du cordon. Un souffle, dont le maximum régnait plus ou moins près du cœur fœtal, correspondait toujours avec des vaisseaux funiculaires, rectilignes, flexueux,

contournés en spirale, mais libres de ces obstacles valvulaires. Quand ce maximum était éloigné du cœur fœtal, au contraire, la veine et les artères du cordon présentaient de nombreux replis extrêmement développés et d'autant plus nombreux que l'on se rapprochait de l'insertion placentaire. Un souffle plus fort, simple et fugace, isochrone aux battements du cœur fœtal, mais dont le maximum en est plus ou moins éloigné, s'observe aussi par la compression passagère ou accidentelle du cordon, malgré l'absence d'obstacles valvulaires dans ses vaisseaux. De là la distinction du siége de ces souffles. Le souffle fœtal de M. Depaul peut ainsi être appelé *cardiaque*, pour indiquer qu'il se passe bien dans le cœur du fœtus, par opposition au souffle ombilical appelé *funiculaire* pour plus d'exactitude de son siége. (*Gaz. obst.*, n° 6.)

SPHYGMOGRAPHE. Un nouveau perfectionnement simplifié vient d'y être apporté par Keyt de New-York. Au lieu que la pulsation artérielle soit transmise au levier enregistreur par un ressort, c'est par les oscillations d'une colonne liquide, eau ou alcool, renfermée dans un tube étroit. Son extrémité inférieure, répondant à l'artère, est ouverte et se visse sur le sommet d'un demi-cylindre creux dont la base, reposant sur l'artère, est fermée par une lame mince de caoutchouc. L'extrémité supérieure, légèrement évasée, est fermée de même. Une épingle métallique, disposée verticalement, est implantée sur la face supérieure de cette dernière lamelle en caoutchouc et transmet au levier enregistreur les oscillations de la colonne liquide. Le reste comme celui de Marey. Un grand nombre de tracés comparatifs avec les deux appareils ont donné une identité presque absolue.

Par son petit volume et sa simplicité, cet appareil peut s'appliquer sur le cœur, aussi bien que sur toutes les artères superficielles, sans aucune préparation, même chez les enfants. Il semble donc avoir des avantages réels. (*New-York med. journ.*, janvier.)

SPLÉNOTOMIE. Comme s'il voulait prouver que la rate n'est pas nécessaire à la vie, M. Péan en a fait une seconde fois l'excision avec succès. C'est la meilleure explication de l'inutilité des recherches des physiologistes sur les fonctions

si obscures de cet organe puisque, autonome et sans similaire dans l'organisme pour le suppléer, il peut en être retranché sans que la mort s'ensuive fatalement. La présentation de la première opérée (*Voy. année* 1867) avec celle-ci montre que la vie est parfaitement compatible avec l'absence de cet organe et que les insuccès survenus dans les quatre autres cas dépendent de l'opération ou des opérateurs.

Il s'agit encore dans ce nouveau cas d'une jeune femme de 24 ans, mariée à dix-sept, sans être réglée, ayant eu quatre accouchements dont deux à terme et n'ayant vu que huit fois ses règles en sept ans. Le mal a commencé par une pesanteur dans l'hypochondre gauche et des douleurs vives revenant par crises. Inappétence, vomissements, toux quinteuse, hématémèses, perte des forces, cauchemars affreux.

Ces accidents, arrivés graduellement au dernier degré d'intensité, duraient depuis dix-huit mois lorsque, en février dernier, M. Péan constata une tumeur ferme, dure, charnue, mobile, remplissant presque toute la cavité abdominale. Elle part de l'hypochondre gauche et descend dans l'excavation pelvienne en envoyant un prolongement dans la fosse iliaque droite. Sa surface antérieure, entièrement convexe, est sans sillons ni dépressions, sans bosselures ni divisions. Pas d'ascite ni de vascularisation de la peau parfaitement mobile. Aucune fluctuation appréciable. Utérus normal et indépendant ; ovaires intacts.

Cet état se maintenant avec exacerbation des douleurs jusqu'au 25 avril, l'opération est pratiquée sans incident. La tumeur se montre d'un rouge violacé qui fait aussitôt reconnaître la rate. Une ligature en masse avec un fort fil métallique est jetée sur l'épiploon gastro-splénique qui a environ 15 centimètres de large au niveau du hile. Il contient des vaisseaux sanguins et lymphatiques énormes, notamment une veine du volume de l'index. Convenablement serrée, cette ligature est entourée d'une couronne d'éponges et l'excision est faite d'un seul coup au niveau du hile. Un litre de sang s'échappa environ sans qu'il en tombât dans le ventre. L'absence d'adhérences et d'ascite facilita cette opération qui n'en dura pas moins une heure et demie.

La tumeur vide de sang pesait 1125 grammes. Réduite ainsi de moitié, elle mesurait encore 22 centimètres de long sur 12 de large et 8 d'épaisseur. L'étendue de la face convexe était de 27 centimètres. Le parenchyme hypertrophié était d'une consistance charnue, ferme comme du foie, égale partout sans friabilité. Capsule normale.

Aucune complication notable ne vint entraver les suites de cette redoutable mutilation. Il n'y eut que peu de fièvre. Appétit très-vif dès le troisième jour. Chute du pédicule le 2 mai. Première sortie du lit le 13 ; et, le 22, moins d'un mois après l'opération, cette femme quittait la maison de santé, complétement guérie. Présentée à l'Académie de médecine le 18 juillet, elle avait alors repris ses travaux. C'est donc là un succès remarquable qui peut encourager à tenter de nouveau cette redoutable opération.

De la splénotomie chez l'homme, avec une étude sur la physiologie de la rate, d'après un récent mémoire de M. Ch. Robin et une nouvelle observation de splénotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Péan (1876), par M. le docteur Barrault. In-8°.

SURDITÉ. *Section du muscle tenseur du tympan.* L'examen nécroscopique de l'oreille, chez 38 sujets atteints de surdité ou de bourdonnements d'oreille, donne à M. Weber-Liel un raccourcissement de un à deux millimètres du tendon tenseur du tympan dans 23 cas, et dans 6 le raccourcissement était tel que la chaîne des osselets s'était déplacée complétement et que le marteau était appliqué sur la paroi du labyrinthe. Des altérations de la caisse, comme l'épaississement de la muqueuse, l'obstruction des fenêtres, des collections liquides, des soudures osseuses, coïncidaient avec ce raccourcissement. 19 fois le tenseur du tympan était frappé de dégénérescence graisseuse et, comme conséquence, dans 14 cas, le muscle stapédius était plus ou moins atrophié.

Inférant de là que ce raccourcissement, en tendant le tympan en dedans, en empêchant l'oscillation des osselets, est la cause de la surdité, l'auriste allemand a pratiqué la section de ce muscle pour remédier aux accidents. Voici le manuel opératoire.

Le malade assis sur un siége peu élevé auprès d'une table, la tête appuyée latéralement sur son bras reposant

sur la table, un réflecteur éclaire le conduit auditif, un ténotome coudé spécial fait une incision à quelques millimètres au devant et en dessous de la courte apophyse du marteau. En pénétrant ainsi dans la caisse, l'instrument se trouve placé sur le tendon du muscle en le maintenant tout près du manche du marteau. La section, annoncée par un bruit de craquement, en est ainsi faite et l'instrument est retiré avec précaution. Le peu de douleur en résultant n'exige pas l'anesthésie.

Depuis 1867, 225 opérations ont été faites sur 188 malades atteints d'otite chronique avec surdité progressive, troubles labyrinthiques, vertiges et bourdonnements d'oreille. La tension exagérée du tympan en est toujours l'indication principale.

Le résultat a varié suivant les malades et la gravité des lésions. La diminution des bourdonnements par l'aspiration de l'air est le signe d'un résultat favorable. L'amélioration est rarement immédiate si ce n'est la diminution de ces bourdonnements. En maintenant la perméabilité de la trompe par la douche d'air et l'élasticité du tympan, l'amélioration est progressive et persiste après la cicatrisation de cette membrane. (*Ann. des maladies de l'oreille*, n° 2, mai, et *Progrès méd.*, n°s 13, 14, 15, 20, 22 et suiv.)

SUTURES. *Modification.* L'excès de la tension inflammatoire des parties suturées empêchant la réunion par première intention des lèvres de la plaie, le docteur Larger propose d'interposer un petit matelas hydrostatique en caoutchouc entre l'anse du fil et les parties molles. Outre l'avantage d'éviter ainsi tout contact des fils avec la peau, la pression est répartie avec une uniformité parfaite sur toute l'étendue de la plaie par l'égalité de pression du liquide. Le gonflement inflammatoire a lieu avec une liberté égale et il suffit de vider le sac proportionnellement à la tension pour que celle-ci n'ait pas de mauvais résultat.

Un tube en caoutchouc vulcanisé étant plongé dans un vase d'eau, on le malaxe entre les doigts pour en expulser les bulles d'air et on le ferme aux deux extrémités à l'aide d'un fil ou d'un bouchon. Le placement de ce petit matelas sur la plaie se fait ensuite d'une manière différente, suivant l'espèce de sutures à employer. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Pour la réunion des plaies par première intention qu'il a l'habitude de faire, M. Kœberlé préconise la suture entortillée en se servant d'épingles très-fines, autour desquelles il place, sans le tirailler, un fil de soie un peu tordu et bien ciré, bien propre et même lavé dans l'eau phéniquée ou l'alcool au besoin, qu'il préfère à tout autre. Il affronte ainsi, le plus exactement possible, les sections du derme et de l'épiderme. Les épingles doivent être retirées après dix-huit à vingt-quatre heures au plus tard, en plaçant préalablement à leur enlèvement des brins de charpie dans leurs intervalles et en recouvrant le tout, fil compris, d'une solution très-diluée de collodion. Une suture sèche en résulte, sans irritation de la peau par les épingles. (*Allgem. Wiener med. Zeitung*, nº 24.) V. ŒSOPHAGE.

Suture des tendons. *Anastomose.* A défaut de pouvoir réunir les deux bouts d'un tendon divisé, il reste la ressource d'anastomoser le bout visible à l'un des tendons voisins. M. Tillaux, l'un des premiers, employa ce procédé pour une division des tendons du petit doigt et de l'annulaire. N'ayant pu en trouver le bout central, il sutura les bouts périphériques au tendon du médium, et l'opération eut un plein succès.

Une femme de 36 ans, s'étant rompu, dans une chute, le tendon du long extenseur du pouce, celui-ci restait fléchi dans la paume de la main et ne pouvait se relever. Le 14 septembre dernier, six semaines après l'accident, M. Duplay fit, au niveau de la tabatière anatomique, une incision le long du tendon qui lui découvrit son extrémité inférieure. Il fallut, au contraire, prolonger l'incision très-haut et une dissection minutieuse pour découvrir le bout supérieur. Et tel était l'intervalle qui les séparait, qu'il fallut réunir l'extrémité inférieure au tendon du premier radial externe le plus voisin. Une boutonnière à celui-ci permit la suture de celui-là. Une attelle plâtrée immobilisa le pouce. Ce n'est que le 30 octobre que le fil métallique tomba en le sectionnant. Depuis, l'opérée a recouvré assez de liberté dans le fonctionnement du pouce pour reprendre l'exercice de sa profession.

La même opération a été renouvelée par M. Tillaux, dans un cas identique. Le long extenseur du pouce était divisé et

celui du radial externe ébréché. Après avoir vainement cherché le bout central, M. Tillaux, sans disséquer davantage, sutura le bout périphérique à la brèche du radial externe. Les suites de l'opération ont été favorables.

Le fil métallique, suivant M. Terrier, provoquerait la suppuration, même dans la suture immédiate des deux bouts divisés, comme il en rapporte un exemple. Ce ne serait donc que par l'adhérence des tendons à la peau que les fonctions se rétabliraient, d'après lui. Mais des opérés par M. Notta ont démontré que cette suture pouvait s'établir sans adhérences cutanées. Il n'y a donc pas à hésiter à la tenter par anastomose plutôt que d'augmenter le traumatisme. (*Soc. de chir.*, novembre et décembre.)

Suture des nerfs. V. Névrômes.

SYPHILIS. Dans une *address* sur ce sujet à la *Société pathologique* de Londres, M. J. Hutchinson a émis des aperçus originaux qui ont soulevé une vive discussion où les plus savants syphiliologistes ont pris part. Uniciste convaincu, — et il n'a trouvé que MM. H. Lee et Drysdale pour le contredire, — le savant pathologiste attribue le chancre mou à la contagion par le virus syphilitique et considère ainsi cet accident comme syphilitique, alors que, pour tous les unicistes actuels, il n'en fait plus partie.

La syphilis, pour le chirurgien anglais, est comparable aux fièvres spécifiques ou exanthématiques, ayant une période d'incubation et une période exanthémateuse ou d'éruption, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, ou toute autre fièvre spécifique. Ses manifestations, générales et symétriques dans ces premières phases, indiquent une maladie du sang. La période ou les accidents tertiaires, ordinairement locaux, irréguliers, asymétriques, n'en seraient que les suites, comme les complications pulmonaires ou rénales après les fièvres spécifiques. Sir J. Paget les assimile même aux complications et aux suites de la fièvre typhoïde et de la malaria. Elle cesserait ainsi d'être une maladie du sang avec les manifestations symétriques dont l'époque de la disparition varie suivant le traitement adopté et l'idiosyncrasie du malade.

Basée sur les manifestations générales, symétriques, et

les accidents tertiaires locaux, irréguliers; cette doctrine nouvelle a été appuyée par J. Paget et d'autres pathologistes. L'absence de suppuration, une certaine tendance à la mortification, au phagédénisme et à la gangrène, une grande facilité de résorption seraient un autre caractère des produits spéciaux de l'inflammation syphilitique, surtout lorsqu'ils sont attaqués par certains sels métalliques. La résolution et l'absorption spontanée, qui s'observent dans la période secondaire, en sont un autre caractère, car il est bien rare qu'elles aient lieu plus tard. Et comme on peut objecter, pour expliquer ces différences, que les accidents secondaires n'intéressent que les tissus superficiels, tandis que les viscères profonds sont atteints par la syphilis tertiaire, l'auteur a soin d'ajouter que rien ne prouve que l'intensité considérable du processus inflammatoire de la période secondaire n'attaque pas les viscères eux-mêmes. Il aurait pu même affirmer qu'ils sont atteints et en trouver des exemples irrécusables dans les ouvrages français de MM. E. Fournier, Lancereaux et autres qui ont étudié la syphilis viscérale précoce. Mais il s'est borné à montrer clairement que les tissus superficiels ne sont pas les seuls affectés, dans cette période, et il avance même que les lésions tertiaires se développent le plus souvent dans les tissus et les organes où la syphilis secondaire avait déjà déposé son germe morbide. C'est ainsi que Virchow a prétendu que les lésions tertiaires étaient dues au poison syphilitique emmagasiné dans les glandes. Mais ce sont encore là des hypothèses contraires à l'observation générale et qui ont besoin d'être appuyées sur de nouveaux faits.

Quant à la contagion et à la transmission par hérédité, M. Hutchinson fait brèche à sa nouvelle théorie en ne voulant pas résoudre actuellement cette question pratique. Tout en croyant que le malade conserve le pouvoir de la transmission héréditaire jusqu'à deux années après la disparition des accidents secondaires, il admet néanmoins, conformément à l'observation journalière, qu'elle persiste pendant et même après la période des accidents tertiaires. Et toute contradictoire que soit cette opinion à son assimilation doctrinale, elle a été vivement combattue par MM. Th. Smith et Sir W. Gull qui avance qu'un syphilitique conserve toute sa vie le pouvoir de la transmission héréditaire.

« *Syphilis once*, a dit sir W. Gull, *syphilis ever* ; *syphilis general, syphilis universal, in the man all the time he lives* » (syphilis une fois, syphilis toujours ; syphilis générale, syphilis universelle dans l'homme tout le temps de sa vie.) (*Soc. pathol. de Londres*, mars et avril.)

On voit que, sur la plupart des points, le pathologiste anglais diffère d'opinion avec la doctrine générale. Le phagédénisme, en particulier, dont il fait un caractère principal de la syphilis, au point d'en regarder comme entachés tous ceux qui le présentent, est loin d'en être un caractère spécial. Il admet également que la syphilis n'a aucun lien pathologique avec la scrofule ; c'est évidemment pour n'avoir ni examiné les travaux des autres, ni cité leurs observations contradictoires, dans son *address*, qu'il s'est fait si facilement une opinion si contraire à la plupart des faits journaliers.

Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces, thèse inaugurale par E. Ory, 98 p. in-8°, Paris.

Basé sur 30 observations qu'il rapporte, l'auteur montre que l'influence du virus pas plus que celle du siége du chancre infectant n'ont d'action sur la gravité du mal, celle du terrain est capitale, sinon tout. Le lymphatisme et la scrofule, l'alcoolisme, les fatigues et la misère, les chagrins, la convalescence des maladies graves, en sont les principaux facteurs.

De là l'indication d'un traitement mixte, spécifique et tonique à la fois ou antidiathésique contre les syphilides malignes précoces.

Dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale. Chez un de ses anciens syphilitiques, traité onze ans auparavant pour trois petits chancres de la rainure glando-préputiale, avec pléiade inguinale et suivis d'accidents secondaires arrêtés court par un traitement spécifique, M. A. Fournier observa une certaine gêne locale sous la langue pour parler et pour avaler. L'examen montre un léger soulèvement antéro-postérieur dans la fosse sub-linguale droite où le doigt sent et limite, sans douleur au toucher ni à la pression, une tumeur oblongue ovalaire, ayant la forme et le volume d'une datte, placée sous la muqueuse intacte du

plancher de la bouche et correspondant au siége de la glande sub-linguale. Renflée et arrondie antérieurement, grêle et effilée postérieurement, elle mesure quatre centimètres de long sur un centimètre de large en avant. Elle est résistante, ferme, et assez dure pour donner la sensation d'un néoplasme solide et exclure l'hypothèse d'une production enkystée.

Ce malade fut immédiatement soumis au sirop d'écorce d'oranges amères additionné de 25 grammes d'iodure de potassium par 500 grammes, à la dose progressive de trois, quatre et cinq cuillerées à bouche par jour. L'effet en fut immédiat et, deux mois après, cette induration était à peine perceptible. La guérison s'est maintenue depuis. (*Soc. de chir.*, 1875.)

Outre cette efficacité du traitement spécifique, justifiant la nature de la maladie selon l'adage, le diagnostic a été confirmé par deux explosions consécutives de la diathèse syphilitique, papule tuberculeuse du gland et poussée de psoriasis palmaire et plantaire se succédant à un an d'intervalle. La probabilité devient par là une certitude montrant que la syphilis peut être l'origine de *tumeurs indéterminées de la glande sub-linguale* peu connue jusqu'ici et pouvant donner lieu à de regrettables erreurs diagnostiques.

Composition des urines. Stefanonoff, ayant analysé les urines de 12 syphilitiques avant tout traitement et soumis au même régime, a constaté une augmentation notable de la quantité d'urée, qu'il y ait eu fièvre ou non. Le traitement mercuriel l'a fait diminuer, excepté dans quelques cas apyrétiques.

La quantité des phosphates et des chlorures n'a présenté aucune variation.

Le poids du corps a diminué pendant l'éruption, plus lentement dans les cas sans fièvre que dans les autres, surtout pendant les premiers temps. Ce qui tend à montrer que la fièvre a un rôle prédominant dans ces combustions exagérées, ces pertes de l'organisme. (*Centrabl. für chir.*, n° 1.)

Transmission. M. Dron a constaté, dans son rapport annuel sur le service de l'Antiquaille de Lyon, que les boulangers, pâtissiers, *garçons de café* et de restaurant, fournissent une

proportion notable de syphilitiques ; ce qui ne laisse pas d'être inquiétant au point de vue de la contagion de la syphilis par l'alimentation.

Syphilis des femmes grosses. Weber a démontré statistiquement que, des différentes médications instituées dans ce cas, la méthode des onctions mercurielles est la meilleure. 35 femmes enceintes y furent soumises et aucune n'accoucha avant terme. Au contraire, en y associant l'iodure de potassium ou en le donnant seul à 23 femmes, 20 0/0 avortèrent. La proportion fut de 15 0/0 chez celles qui prirent le sublimé et l'iodure et de 36 0/0 chez celles qui prirent seulement celui-ci. C'est donc aux frictions mercurielles que l'on doit donner la préférence si l'on ne veut pas porter préjudice au fœtus, car, outre que les fausses couches se produisent du septième au huitième mois chez 20 0/0 des femmes qui font usage d'autres médications, la plupart des enfants meurent peu de temps après leur naissance. (*Allg. med. central Zeitung.* 1875.)

Conformément à cette loi que le virus syphilitique s'affaiblit avec le temps, M. Thoresen, de Christiania, a constaté, d'après 314 cas, que la mère infectée avant la puberté ne transmet pas en général la syphilis à ses enfants et cela d'autant plus sûrement qu'il s'est écoulé plus de temps entre son infection et leur naissance. Au contraire, ils naissent le plus souvent infectés si les premiers symptômes secondaires ne sont apparus chez la mère qu'après la puberté; à plus forte raison, si la conception en est très-rapprochée.

Les accidents tertiaires ne sont pas si redoutables à cet égard. Des femmes atteintes de lésions des os du nez, de nécroses, d'ulcérations, ont donné naissance à des enfants bien portants. Il semble que la grossesse et l'accouchement aient provoqué l'élimination du virus. Il est presque sans exemple qu'une femme ne donne naissance qu'à des enfants syphilitiques. (*Norsk. Mag.* 1875.)

Il n'est pas superflu de remarquer que ces faits ont été observés dans le Nord et qu'il peut bien en être autrement sous un climat chaud.

Syphilis héréditaire. Tout nouveau-né syphilitique *nourri* artificiellement, dit M. Gailleton, est à peu près fa-

talement perdu; ceux, au contraire, qui ont pu être nourris par leur mère ou une nourrice guérissent et vivent dans une très-large proportion. Le nouveau-né syphilitique, semblable en cela, du reste, à tous les nouveau-nés, meurt donc du vice de son régime plus que de sa syphilis.

Die vererbung der syphilis (Transmission héréditaire de la syphilis), par le docteur M. Kassowitz; Vienne.

Om Ætiologie af den hereditare syfilis (Sur l'étiologie de la syphilis héréditaire), par le docteur Adam Owre; Christiania.

Tandis que le premier de ces auteurs admet que l'infection peut avoir lieu primitivement par le spermatozoïde comme par l'ovule, beaucoup d'enfants syphilitiques naissant de mères saines — 166 fois sur 400 enfants — le second, au contraire, soutient avec M. Mireur et appuyé sur 42 faits probants de clientèle privée, que le père atteint d'une syphilis constitutionnelle latente n'a aucune part directe au développement de la syphilis héréditaire; que l'enfant d'un tel père est toujours sain et bien portant; que la syphilis héréditaire suppose toujours une mère infectée et que le sperme d'un homme syphilitique n'exerce aucune influence directe, ni indirecte, sur l'organisme de la mère. Il y a, comme on voit, contradiction flagrante, et il faut admettre alors implicitement que, dans beaucoup de cas positifs, l'infection s'est faite du père à la mère et de celle-ci au fœtus, pendant la grossesse. Autrement le père sain ou sage pourrait intenter une action contre sa femme en se basant sur l'infection de son enfant. C'est le point principal de ces travaux.

Syphilis pulmonaire. V. PHTHISIE.

T

TÆNIA. *Fréquence et ses causes.* L'augmentation croissante des cas observés par les médecins, en ville et dans les hôpitaux, chez les enfants même très-jeunes et chez les adultes, les riches et les pauvres, ayant frappé leur attention, une véritable enquête scientifique s'est élevée sur cette question, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, à l'occasion

d'un tænia de couleur ardoisée, présenté par M. Laboulbène et recueilli sur un homme ayant longtemps habité l'Amérique et qui offrait des phénomènes épileptiformes. La fréquence a d'abord été établie par une note officielle de M. Regnauld, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, sur la fourniture annuelle des tænifuges de 1864 à 1874. Il en est résulté que de 2 kilogr. 100 grammes, en 1864, la consommation annuelle du kousso s'est graduellement élevée jusqu'à 11 kilogr. en 1873. Celle de la fougère mâle, de 9 kilog. 500 grammes, s'est élevée à 16 kil. 250. Celle des semences de courges, de 1 kilogr. 125 gr. en 1866, a atteint 11 kilog. 500 gr. en 1873 et de même de l'écorce de racine de grenadier. C'est surtout depuis 1870, c'est-à-dire après la guerre, que cette consommation a plus que doublé, et presque triplé pour le kousso en particulier.

Plusieurs médecins des hôpitaux ont confirmé cette croissance du tænia. A l'hôpital Necker, où la guérison paraît plus rapide et plus sûre, les malades abondent. M. Roger, qui, en trente années de pratique de la médecine infantile, n'avait pas observé en ville un seul exemple de tænia sur les jeunes enfants, en a vu, depuis quatre à cinq ans, au moins une dizaine de cas chez des sujets très-jeunes, récemment sevrés ou même encore à la mamelle. Il en a également observé 11 cas à l'hôpital des Enfants, de novembre 1867 à décembre 1874, soit en sept années consécutives. Il y avait 8 filles contre 3 garçons seulement. 4 de ces enfants n'avaient que de 2 à 5 ans. Il l'a rencontrée en ville chez 2 enfants de 12 à 15 mois seulement, dont l'un était encore au sein. D'autres médecins de l'hôpital des Enfants ont aussi constaté cette fréquence du tænia chez leurs petits malades. M. Archambault en a reçu trois cas dans son service en 1875. Et ce n'est pas seulement à Paris que cette fréquence a lieu, car M. le docteur Dumas en a observé également 6 cas à l'hôpital de Cette et M. Van Peteghen signalait, dès 1862, la grande fréquence du tænia à Lille, d'après de nombreux exemples, fréquence attribuée à la consommation de porcs du Limousin atteints de ladrerie dont un troupeau avait été débité à l'abattoir.

Des faits semblables ont été signalés en Italie. En 1868, le docteur Grilli rapportait 6 cas de tænia observés chez des enfants au-dessous de trois ans. A Venise, 24 cas semblables

ont été observés en deux ans, selon le docteur Levi. Enfin le professeur Marchi communiquait, en 1871, 35 cas de tænia observés en une seule année à Florence (*Tribune méd.*, n° 391.) Preuve évidente qu'en Italie comme en France, la fréquence du tænia est dans une grande progression.

Dans l'armée française, au contraire, la proportion des cas de tænia n'a pas augmenté comme dans la population civile. Il résulte des recherches de M. L. Colin, professeur au Val-de-Grâce, qu'il est toujours aussi rare parmi les militaires qui n'ont pas quitté la France et que la généralité des cas qui se présentent dans les hôpitaux proviennent de soldats ayant séjourné dans les colonies, notamment en Algérie et au Sénégal.

Le tænia est aussi extrêmement fréquent parmi nos troupes en Algérie. Ce qui frappe surtout, en ce pays, c'est la quantité et la variété considérable de vers intestinaux dont les hommes et les animaux sont atteints. Bœufs, chevaux, moutons, lièvres, lapins, poules, etc., en renferment les variétés les plus nombreuses. Ce parasite y est pour ainsi dire endémique, notamment en certaines villes, Mascara, Biskra, par exemple, et l'on en constate un nombre croissant chez l'homme à Oran et à Bône depuis quelques années. C'est encore pis en Abyssinie et en Syrie. L'expédition française de 5 à 6000 hommes, envoyée dans cette contrée en 1862, en fut ainsi si rapidement et généralement atteinte que le dixième de l'effectif présenta le ver solitaire dans certains bataillons. 50 soldats et 4 officiers d'un bataillon de zouaves en furent traités, sans compter ceux qui furent envoyés dans les hôpitaux en Afrique et en France. 133 cas furent ainsi connus, sans en compter peut-être autant d'inconnus. Dans ce pays, dit le docteur Desmorets, on voit dans les villes, le long des murailles, aux bords des chemins, des paquets d'anneaux de tænia au milieu des matières fécales qui ont été déposés, soit par des hommes, soit par des animaux. Le tænia est aussi fréquent dans l'armée égyptienne. De nombreux cas s'en sont montrés dans l'armée française qui a fait l'expédition de Chine, tandis que rien de semblable n'a eu lieu à la suite de la guerre de Crimée ni de celle d'Italie. La guerre du Mexique n'en a pas été suivie davantage, pas plus que l'expédition de Cochinchine ni l'armée stationnaire, tandis que les armées anglaises à Ceylan et d'autres contrées de

l'Inde, comme les armées hollandaises de Java et Sumatra, en sont très-fréquemment atteintes.

Cette fréquence exclusive du tænia dans certaines contrées, certains pays, a pu faire croire qu'elle dépendait du climat, de l'humidité, des eaux, sinon d'une prédisposition, d'une hérédité spéciale des individus, comme on l'admettait autrefois. On croyait alors à l'évolution spontanée des vers dans l'intestin de l'homme, et l'on admettait que certains enfants étaient prédisposés spécialement aux vers. C'était la doctrine de l'helminthiase des médecins du temps, c'est-à-dire une disposition morbide de l'organisme à la production des vers.

La science a montré l'erreur, la fausseté de ces idées théoriques par une démonstration péremptoire et irréfutable de genèse artificielle. Les vers font des œufs en très-grande quantité, à l'égal des poissons et des grenouilles, et se reproduisent ainsi à l'infini. D'après les calculs de divers entomologistes, Dujardin entre autres, un seul tænia fournirait assez d'œufs pour infecter 25 à 30 millions de personnes, c'est-à-dire toute la population de la France. Il suffit que ces œufs se trouvent dans un milieu convenable pour évoluer et développer un ver. M. Davaine a prouvé expérimentalement que les œufs des grands lombrics, qui se trouvent dans l'intestin de l'homme, introduits dans les voies digestives d'autres animaux, suffisent à les reproduire. Il a déterminé ainsi l'éclosion de lombrics dans l'intestin des rats auxquels il avait administré des œufs de lombric humain conservés depuis des années. De là l'inanité de l'ancienne doctrine du développement spontané des vers dû à l'ingestion de leurs œufs qui se trouvent répandus partout, dans les eaux, sur les fruits, les légumes, etc. La fréquence des ascarides lombricoïdes chez les enfants, surtout les pauvres et ceux de la campagne, s'explique ainsi parce qu'ils boivent volontiers à la fontaine et même au ruisseau et à la mare. Leur rareté chez les citadins qui n'usent que d'eau filtrée, aussi bien que chez les vieillards qui boivent surtout du vin et chez les enfants à la mamelle, confirme encore cette origine.

L'origine du tænia est encore mieux connue et démontrée. On sait qu'il provient du porc dans les chairs duquel il existe à l'état de larve, de cysticerque qui constitue la ladrerie. Il suffit de manger cette viande, sans que la cuisson ait

détruit ce kyste, pour qu'il se développe dans l'intestin de l'homme où il s'allonge en ruban et se fragmente en anneaux ou cucurbitins remplis de milliers d'œufs. Or, les œufs des proglottides du cysticerque du porc ne sont tués qu'à un degré élevé de cuisson. Un jambon qui en était farci, soumis à l'ébullition pendant six heures, n'accuse que 50 et quelques degrés au centre, suivant M. Van Peteghen; chaleur qu'il croit insuffisante pour tuer ces œufs. Lewis, de Calcutta, et Pellizari, de Florence, fixent en effet la température de 55° C. comme nécessaire et Cobbold l'élevait même à 60. Mais en reprenant ses expériences de 1872 à ce sujet, le professeur Perroncito s'est assuré, par une série d'expériences rigoureuses sur la ténacité de la vie des divers helminthes, et du cysticerque cellulosa en particulier, confirmées par la faculté d'imbibition des corps morts, que la température de 48 à 50° C., prolongée pendant cinq minutes, est suffisante. Des cysticerques cellulosæ ladriques, reconnus vivants, soumis graduellement à cette température, puis ingurgités entiers dans de la mie de pain, n'ont produit aucun tænia chez un étudiant qui s'était soumis courageusement à cette expérience. (*Gazz. delle cliniche*, n° 17.)

Les expériences bien connues de Kuchenmeister ont mis hors de doute cette génération alternante si remarquable. En faisant avaler des œufs de tænia au porc, il a vu la ladrerie se produire par le développement et la généralisation du kyste ou cysticerque. Il fit ensuite prendre des potages avec ces cysticerques de porc à un condamné à mort, et il constata, à son autopsie, de jeunes tænias dans son intestin. On ne peut guère imaginer une démonstration plus catégorique. D'où le danger de manger du porc cru ou mal cuit, et surtout d'employer la chair des cochons ladres. Et comme il est commun de manger la viande de porc crue, sous forme de lard, jambon, saucisses, et autres préparations de charcuterie, la fréquence plus ou moins grande du ver solitaire, ici et là, dans certaines populations et certaines familles, faisant usage de ces viandes, est expliquée. Que des porcs ladres soient vendus, comme c'est l'habitude dans les environs de Lille, et une véritable épidémie de vers solitaires peut s'ensuivre, surtout avec l'habitude, dans ce pays, de faire servir les vidanges des latrines à l'arrosage des jardins potagers, prairies ou champs. Une multitude d'animaux

servant à l'alimentation de l'homme peuvent ainsi ingérer des œufs de tænia qui deviendront scolex chez eux et vers rubannés chez l'homme qui les mangera. D'où la propagation du parasite.

Cette cause ne suffit pourtant pas à expliquer tous les cas de tænia. Un fait seul suffit à l'infirmer. Les juifs, les mahométans, qui ne font pas usage de la viande de porc, ne sont pas exempts du ver solitaire; au contraire, il n'est nulle part si commun qu'en Abyssinie et en Syrie, où l'on ne mange que de la viande de bœuf. En Algérie comme au Sénégal, l'usage de la viande de porc est moins répandu qu'en France, et sa qualité y est aussi bonne. Le porc, en Algérie, est très-rarement atteint de ladrerie et cependant le tænia y est plus fréquent. D'ailleurs, les jeunes enfants encore à la mamelle, chez lesquels le ver solitaire a été constaté dans ces dernières années, n'avaient évidemment jamais ingéré de charcuterie ni aucune viande de porc. L'un d'eux était même un enfant israélite de 12 à 15 mois, et je n'osais demander à la mère, dit M. Roger, en raison de sa religion, s'il avait mangé du porc. C'étaient là des objections irréductibles qui préjugeaient absolument une autre origine. On ne tarda pas à la découvrir.

Dès 1850, un médecin russe, Weisse, de Saint-Pétersbourg, ayant, l'un des premiers, fait administrer la viande de bœuf crue contre la diarrhée des jeunes enfants, observa à la suite plusieurs cas de tænia chez ses petits malades. Il en rapporta 9 exemples, observés chez des enfants de 11 mois à 4 ans, et n'hésita pas à les attribuer à l'usage du nouveau remède : la viande crue. L'emploi ne tarda pas cependant à s'en généraliser en Angleterre, en Allemagne, en France, en Italie, et partout aussi le tænia fut observé chez ces jeunes enfants. De nombreux exemples en ont été relatés, et toujours à la suite de l'usage de la viande de bœuf crue. Plus de 50 faits ont été cités à l'appui de cette étiologie, non-seulement chez les enfants, mais chez des adultes malades qui avaient fait usage de la viande crue contre la faiblesse, les hémorrhagies, les dyspepsies ou autres maladies débilitantes, en notant toujours une relation étroite entre cette médication et le développement du tænia.

En voici quelques exemples frappants, recueillis à l'hôpital Necker. Le mets de prédilection d'une jeune fille était

le cœur de bœuf à peine cuit. Elle rendit un tænia inerme. Un homme qui avait mangé du boudin cru, fait exclusivement avec de la viande de bœuf, rendit également à la suite un tænia inerme. Une femme de 35 ans, dyspeptique depuis plus d'une année, fut mise au régime presque exclusif du bœuf cru. Trois mois après, elle rendit 10 mètres de tænia, et 6 mètres quatre mois plus tard.

Mais, de tous ces faits, le plus concluant est celui de M. le docteur Vidal, observé sur lui-même avec une rigueur expérimentale. Mis au régime de la viande crue après une pérityphlite chronique qui l'avait profondément anémié, il alla passer l'hiver de 1868-69 à Alger, où il mangeait chaque jour 6 à 700 grammes de viande de bœuf crue, malgré les avertissements de quelques médecins du pays lui disant que les bœufs africains étaient souvent porteurs de scolex de tænias inermes.

M. Jaillard, pharmacien de l'hôpital du Dey, a, en effet, souvent constaté dans les muscles du bœuf de très-petits cysticerques visibles à la loupe, qui, dans l'intestin de l'homme, se développent en tænia medio-cannellata.

Quatre mois après, en effet, en mars 1869, il s'aperçut de l'évacuation de quelques proglottis très-vivaces. Une émulsion de 100 grammes de courges amena l'expulsion de quatre tænias inermes ou *medio-cannellata* sans leurs têtes. Aussi au retour en France, trois mois après, les mêmes symptômes reparurent : légers vertiges, titillation dans l'hypochondre gauche et sensation d'un corps gras dans l'arrière-gorge provoquant des nausées et l'expulsion de mucosités le matin. Ce dernier symptôme a spécialement été constaté par lui chez d'autres individus ayant aussi le tænia.

L'évacuation de nouveaux cucurbitins fit prendre de nouveau les semences de courges recueillies dans le centre de la France, mais sans résultat. Des graines récoltées en Afrique furent plus efficaces, et deux nouveaux tænias, sans tête, furent encore rendus. Une nouvelle dose, prise en octobre 1869, amena encore l'expulsion d'un long tænia inerme, privé de son scolex, bien que l'usage de la viande crue ait été cessé depuis quatre mois. Aucun symptôme n'a reparu depuis.

Il faut noter ici que ces 7 tænias inermes furent rendus sans leur tête, en raison de ce que M. Vidal prenait l'huile

de ricin avant le tænifuge, au lieu de la prendre après, comme il convient, pour le rendre plus sûrement en entier.

La chair du bœuf, comme celle du porc, contient donc un cysticerque qui, introduit dans les voies digestives avec la viande crue, y développe le ver solitaire. C'est ce que Leuckart démontra expérimentalement. Il fit avaler à un veau de quatre semaines un fragment de strabile mûr de tænia inerme, de quatre pieds de long, et un second fragment huit jours plus tard. L'animal mourut vingt-cinq jours après la première ingestion. Tous les muscles étaient farcis de kystes contenant une vésicule claire de quatre dixièmes de millimètre, reconnue pour un cysticerque. Il y en avait aussi dans le cœur et d'autres parties. A un autre veau de deux mois et demi, on administra, dans du lait, cent anneaux conservés dans l'eau depuis une semaine ; il mourut au vingt et unième jour, et tous les muscles et le tissu du cœur étaient farcis de petites nodosités kystiques où le scolex n'était pas encore bien formé.

Répétées à l'École vétérinaire de Lyon en 1873 sur une génisse et un veau d'un mois, avec les proglottis d'un tænia inerme rendu par un élève, ces expériences amenèrent les mêmes résultats. Des tumeurs petites, indolentes, dures, apparurent bientôt sous la langue, comme chez le porc ladre, et, ces animaux ayant été abattus, on trouva de nombreux cysticerques, disséminés çà et là dans le tissu musculaire. (*Acad. des sc.*, août, 1873.)

Comme les enfants, les animaux de l'espèce bovine, en buvant des eaux ou en mangeant des herbes, des légumes, des fourrages contenant les œufs du tænia, peuvent ainsi contracter, comme le porc, une ladrerie spéciale consistant dans l'enkystement d'un cysticerque particulier dans leur chair qui, ingérée, crue ou peu cuite, saignante, donne lieu au développement du ver solitaire dans l'intestin de l'homme et des enfants. A Saint-Pétersbourg, Knoch a ainsi trouvé dans les muscles du bœuf autant de cysticerques que dans ceux du porc.

Ainsi s'explique la fréquence constatée du tænia en Abyssinie, en Syrie, en Algérie, dans l'Inde, et partout où la viande de bœuf ou de veau remplace celle du porc dans les usages culinaires et ceux de la charcuterie. Il ne faut pas s'étonner davantage si les juifs, auxquels l'usage de la viande

de porc est absolument défendue, sont atteints du ver solitaire comme les chrétiens, dès qu'ils mangent du bœuf ou du veau mal cuit, saignant. A plus forte raison s'ils le mangent cru, comme l'usage s'en est répandu depuis quelques années. De là la fréquence croissante, d'année en année, des cas de tænia. C'est ainsi que de très-jeunes enfants auxquels la viande crue est administrée contre une faiblesse native, la diarrhée chronique de la dentition, contre le rachitisme ou la scrofule, en présentent des exemples inexplicables autrement.

La fréquence du tænia dans le centre de la France est ainsi en rapport avec l'exportation de bœufs d'Afrique, si souvent atteints du *cysticercus cellulosæ*, surtout en été. Avant la guerre, cette exportation ne dépassait pas le midi. Depuis, elle s'est élevée de 2476 têtes en 1870 et 3610 en 1871, à 18,952 en 1872, et 10,312 en 1873.

Cette cause nouvelle est confirmée par la variété même du tænia qui en résulte. Tandis que le cysticerque qui se trouve dans la viande du porc ladre est de forme ovoïde, celle du bœuf est régulièrement sphérique, du volume d'une petite cerise qui se réduit à celui du noyau ou d'un pois lorsqu'il est isolé. Ce kyste est formé d'une membrane très-fine, transparente, remplie d'un liquide limpide avec une tache blanche opaque percée d'un pertuis où est fixée la tête du tænia.

Tandis que le cysticerque du porc ne développe chez l'homme que le *tænia solium*, dont la tête est armée d'une couronne de crochets, celui du bœuf produit un *tænia mediocannellata* ou *inerme*, c'est-à-dire privé de crochets. Presque tétragonale, cette tête est tronquée presque carrément. Quelques-unes sont très-pigmentées, d'autres ne le sont pas, si bien qu'on pourrait les distinguer, suivant M. C. Paul, en tænias à tête blanche et en tænias à tête noire. Celle-ci présente quatre ventouses noirâtres. Sa longueur totale et celle de ses anneaux est plus considérable que celle du tænia armé ; ses anneaux, plus blancs, sont d'une consistance plus molle, et se séparent, se détachent et tombent avec une grande facilité. La tête est généralement repliée sur le corps, tandis qu'elle est droite chez le tænia armé. Ses œufs sont ellipsoïdes, ceux du tænia armé sont sphériques.

A ces différences et d'autres encore, reconnaissables au

microscope, il est facile de savoir si le ver vient du bœuf ou du porc. C'est ainsi que le tœnia inerme, sans crochets, très-rare autrefois et à peine connu, est constaté chez tous ceux qui ont fait usage de viande de bœuf crue. La proportion à l'hôpital Necker est maintenant de un armé contre 20 inermes, d'après M. Laboulbène.

En Italie aussi, c'est exclusivement le tænia inerme qui a été rendu par les enfants qui avaient fait usage de viande crue, et, telle est sa fréquence parmi les adultes, qu'il y avait 34 tænias inermes sur les 35 observés par le professeur Marchi. Effet en rapport avec l'usage croissant des viandes peu cuites et saignantes.

Nos médecins militaires l'ont constaté exclusivement en Syrie, comme en Abyssinie et en Algérie. Tout se réunit donc pour prouver la provenance différente de ces deux espèces de tænia.

Si, en France, nos soldats n'en sont pas atteints comme dans la population civile, c'est parce que leur régime alimentaire n'a pas varié. Du bœuf bouilli, jamais de beefsteak, ni de côtelettes, pas plus que de jambon, ni de saucisses, ni même de lard. De là leur immunité comme une nouvelle preuve que le ver solitaire provient le plus souvent de l'alimentation.

L'origine du tænia ainsi démontrée, il est facile de s'en mettre à l'abri en ne mangeant que des viandes de porc saines et bien cuites, de manière que les cysticerques qu'elles pourraient contenir soient tués. Le lard et le jambon cru, les saucissons surtout, doivent être exclus absolument de l'alimentation, à moins de s'exposer à contracter le *tænia solium*.

Les viandes de bœuf et de veau, imparfaitement cuites, saignantes, comme il est de plus en plus dans l'habitude de les servir pour les rendre plus nutritives et fortifiantes, n'exposent pas moins à contracter le *tænia medio-cannellata* ou inerme. M. Vallin a constaté, à l'aide du thermomètre, que la température centrale des grosses pièces de viandes rôties est en général de 51 à 58 degrés. Elle ne s'élève pas en général au-dessus de 60°, tant que la viande garde la teinte rouge, l'apparence dite saignante. Souvent même il y a des points limités dont la coloration reste un peu violacée et où le thermomètre descend de 50 à 45°. Insuffisante

pour tuer les trichines, comme M. Vallin l'a expérimenté, cette cuisson tue les cysticerques, d'après les expériences de M. Perroncito.

L'emploi médicinal de la viande crue expose au contraire à contracter le tænia. Si les avantages qui en résultent dans une infinité de maladies ne doivent pas y faire renoncer absolument, il faut pourtant être réservé dans son emploi. Il y a d'ailleurs possibilité d'obvier à ce danger quand elle est indispensable. Il suffit d'arroser cette viande crue d'eau-de-vie ou de cognac de bonne qualité. M. le docteur Laborde, après l'avoir râpée ou plutôt raclée très-finement, la délaie dans un tapioca clair et peu chaud et compose ainsi un potage exquis, dit-il, sans que le malade se doute de la présence de la viande crue. Nous avons obtenu le même résultat en faisant exprimer à la presse le sang d'un morceau de bœuf que l'on mélangeait à du bouillon chaud et un peu salé dans la proportion d'un verre par bol. Ce moyen nous a très-bien réussi.

M. Roger a proposé aussi de remplacer le bœuf et le veau par la viande de mouton, tout aussi nutritive et exempte du danger de transmettre le tænia. Mais la difficulté de faire avaler la viande crue en pilules aux malades nous ferait préférer de l'administrer en potages. Du reste, si la viande crue est, dans une certaine mesure, plus facile à attaquer par le suc gastrique que la viande bien cuite, comme cela résulte des expériences faites *in vitro*, il n'en est pas de même chez l'homme, pour lequel elle est souvent indigeste. La saveur, l'arôme de la viande rissolée, cuite, excite bien mieux le goût et les glandes salivaires, et l'action même de l'estomac, que la viande crue. Celle-ci n'est donc jamais indispensable chez ceux qui digèrent la viande cuite bien préparée. Elle se digère et s'assimile mieux en général. Le danger du tænia peut ainsi être évité, excepté chez les petits enfants, auxquels on peut donner la viande crue sous forme de potage.

Ce n'est pas que le tænia, armé ou inerme, soit dangereux. Les effets plus ou moins douloureux que l'on en raconte sont ordinairement fantastiques ou imaginaires. De la dyspepsie, des troubles digestifs, des nausées, des crampes d'estomac, en sont les seuls accidents. Des convulsions, épileptiformes parfois, sont aussi observées. (V. ÉPILEPSIE VERMI-

NEUSE.) Autrement, il ne manifeste sûrement sa présence que par les anneaux que l'on en rend. Il faut dès lors prendre une dose de kousso, qui est le plus sûr remède, à défaut d'écorce fraîche de racine de grenadier en poudre. 10 à 12 grammes suffisent ordinairement chez les enfants; mais, devant la difficulté de leur faire avaler ce mélange, on peut essayer d'avance l'emploi de la pellicule verte de la graine de citrouille réduite en pulpe avec du sucre. (V. *année* 1875.)

Quel que soit le tænicide administré, il est très-important de ne pas le faire précéder d'un purgatif, comme des médecins l'ont recommandé et le font. Il faut toujours, au contraire, le donner cinq à six heures après, soit 30 à 40 grammes d'huile de ricin pour les adultes et la moitié pour les enfants. Sous l'action du tænifuge, le ver, dont la tête est toujours fixée, attachée au voisinage de l'estomac, se détache et se pelotonne sur lui-même, la tête enfoncée dans ses nombreux anneaux. C'est dans cet état que le purgatif l'expulse en entier, tandis que, en le donnant à l'avance, les parties inférieures sont seules expulsées, la tête étant fixée à l'intestin. Le ver ne pouvant plus se pelotonner ensuite, elle reste isolée dans l'intestin et n'en peut plus être expulsée que plusieurs mois après, quand elle a reconstitué une nouvelle série d'anneaux.

Pour obtenir les tænias en entier et en faciliter l'étude, M. Créquy fait aller les malades dans un vase plein d'eau. Un grand lavement donné avant l'expulsion produit le même résultat.

Nidification. Ce fait curieux a été découvert par le docteur Manouvriez fils à l'autopsie d'un mangeur de viande rôtie saignante, mort de phthisie pulmonaire après avoir rendu dès anneaux d'un tænia inerme. Il a trouvé celui-ci pelotonné dans une dilatation ampullaire du bout inférieur de l'intestin grêle, à huit ou dix centimètres du cæcum; dilatation située immédiatement au-dessus d'un rétrécissement annulaire assez étroit. Sa face interne était criblée inférieurement de lacunes, laissant entre elles des mamelons et des colonnes, comme dans les ventricules du cœur. La tête du tænia était fixée au fond de l'une d'elles. On peut donc supposer que c'est par son action répétée dans cette

zone circonscrite de l'intestin que la lacune s'est produite. Le ver était ainsi retranché dans un véritable nid, en amont du rétrécissement formant un barrage qui lui procurait à la fois un point d'appui solide et une abondante réserve de chyle alimentaire. On comprend combien il est inexpugnable dans de pareilles conditions. (*Bull. méd. du Nord*, n° 6.)

TAILLE. Taille périnéale. *Extensibilité du col et du tissu prostatique.* En considérant le danger, signalé par tous les lithotomistes, de l'incision de la prostate et les faits si nombreux où le diamètre du calcul extrait dépassait de beaucoup celui de cette incision, sans qu'aucun accident en soit résulté, M. Ripoll s'est dit qu'une cause inaperçue devait en rendre compte. Le volume des calculs restant invariable, il l'a cherchée dans les parties molles et il l'a trouvée dans la distension progressive du col de la vessie et de la portion prostatique de l'urèthre sous l'influence répétée du calcul qui tend sans cesse à s'y engager, autant par son propre poids que par les efforts provoqués par l'excrétion de l'urine.

Cette modification organique se démontre, suivant M. Ripoll, non-seulement par les faits journaliers, mais par l'origine même de la taille périnéale. C'est la saillie provoquée physiologiquement par la présence du calcul, sinon les fistules, les abcès en résultant, qui servit de guide aux premiers lithotomistes pour pratiquer une incision, se réduisant parfois à une simple boutonnière, pour en faire l'extraction. Plus d'un chirurgien a eu l'occasion d'extraire, par une simple boutonnière, des pierres d'un certain volume qui, profondément engagées dans le col de la vessie, pouvaient être senties à travers le périnée. C'est en provoquant, par des manœuvres répétées avec le doigt à travers la paroi recto-vésicale, l'engagement du calcul et sa saillie en avant de l'anus que les premiers lithotomistes préparaient de longue main l'opération. Mais cette distension fut si méconnue que tous les procédés et modifications de procédés successivement imaginés n'ont eu en vue que d'utiliser le mieux possible des dimensions prises sur l'homme à l'état sain et que l'on supposait être toujours les mêmes par la présence du calcul, tandis qu'elles sont profondément mo-

difiées par l'état organique des tissus. C'est pour l'avoir méconnu que la lithotritie périnéale surtout a été imaginée dans ces derniers temps.

A défaut d'une démonstration anatomique de cette distension, M. Ripoll l'a fait par le raisonnement suivant : Eu égard aux diamètres acceptés de la prostate, on a tout à redouter d'une incision bilatérale, ou un déchirement de quatre centimètres et demi; les lames du lithotome double ne vont pas au delà. Or, cette incision donne une circonférence de 9 centimètres, soit 3 centimètres de diamètre. Tout calcul ayant un diamètre supérieur, et auquel s'ajoute encore l'épaisseur des cuillères, des tenettes, ne pourra donc être extrait sans déterminer des déchirures extra-prostatiques. Et si cela doit se présenter chez l'adulte, que sera-ce chez l'enfant ayant une prostate à peine sensible ? Le calcul du plus petit volume ne pourrait être extrait sans déterminer la mort.

Sept observations de taille chez des enfants et des hommes de tout âge, montrant au contraire que des calculs d'un diamètre bien supérieur à celui de l'incision ont été extraits sans accidents consécutifs et suivis de guérison, sont la réfutation de la doctrine classique, et la preuve de l'extensibilité du col de la vessie et du tissu prostatique qui l'entoure. Il n'y a donc plus à se préoccuper autant des lésions dangereuses de ces parties. La lithotritie périnéale n'a plus de raison, pas plus que ces modifications multiples de la taille tendant à les prévenir. La taille bilatérale suffit dans tous les cas. (*Soc. de méd.* et *Revue de Toulouse*, mai.)

Modification. Elle consiste, d'après le professeur Creus, de Grenade, à mettre en contact la pointe du bistouri avec le canal du cathéter et à diriger ainsi avec sécurité, à l'aide de celui-ci, la pointe de celui-là, en en faisant un seul instrument pour la division des tissus. Elle fut exécutée, de la manière suivante, chez un enfant de trois ans qui avait un calcul lisse, dur et petit. Le cathéter introduit dans la vessie, on en inclina et assujettit le pavillon vers l'aine droite, en même temps que sa convexité faisait saillir le périnée. Le chirurgien fit alors, avec un bistouri convexe, une incision latérale à gauche en commençant à deux centimètres en avant de l'anus, sur le raphé, pour la terminer entre cet

orifice et la tubérosité de l'ischion. Arrivé promptement sur le cathéter, il glissa la pointe du bistouri dans son canal, jusqu'à son extrémité; puis, saisissant le pavillon de la main gauche, il le plaça perpendiculairement et dirigeant le tranchant du bistouri vers la gauche, en l'inclinant un peu, il établit une union solide entre le cathéter et le bistouri, et leur fit ainsi subir ensemble, par un mouvement simultané des deux mains, un arc de cercle de 45° dont le résultat fut la section du rayon oblique inférieur de la prostate. Le bistouri et le cathéter furent retirés, et le calcul, reconnu avec l'index, fut extrait avec une petite pince.

L'avantage de cette modification est donc l'union des deux instruments en un seul pour simplifier le manuel opératoire, en le rendant aussi sûr que possible. (*Siglo med.*, janvier, nº 1150.)

Taille vaginale. Un nouveau succès obtenu par le docteur Collis Warren, sur une femme de 67 ans, a été l'occasion, pour ce chirurgien distingué de l'hôpital de Boston, de faire l'historique de cette opération avec tous les cas recueillis aux États-Unis. Ce mémoire mérite ainsi d'être consulté. Comparant cette opération avec l'extraction de la pierre, par la dilatation de l'urèthre, l'auteur conclut à ce que le pire danger de la lithotomie vaginale — la fistule vésico-vaginale — étant aujourd'hui sous l'action directe du chirurgien, elle peut être employée dans un bien plus grand nombre de cas qu'autrefois, tandis que l'incontinence d'urine résultant de la dilatation uréthrale ne peut pas toujours être combattue aussi sûrement et efficacement. (*Boston med. and surg. journ.*, nº 3, juillet.)

TEIGNE. En contestant la nature parasitaire de la pelade ou *porrigo decalvans*, d'après l'absence de toute production cryptogamique et de toute réaction par le chloroforme, M. Horand emploie tout simplement l'huile de croton pour la guérison. Un morceau d'amadou en étant imbibé, on l'applique sur la plaque de pelade, on recouvre d'une couche de coton, en fixant le tout avec la *capeline*. Une éruption pustuleuse, plus ou moins confluente, en résulte le lendemain au niveau de chaque cheveu. On renouvelle cette application après la guérison de ces pustules, c'est-à-dire

tous les huit à dix jours, jusqu'à ce que les cheveux repoussent. Ce moyen n'est pas douloureux et sans danger, si l'on a la précaution de ne traiter qu'une plaque à la fois. En quelques mois, la guérison est complète. (*Ann. de dermat.*, nº 1.)

M. Ladreit de Lacharrière a confirmé l'efficacité de ce moyen qu'il emploie sous forme de bâtons cosmétiques préparés avec 50 pour 100 d'huile mélangée avec parties égales de beurre de cacao et de cire blanche. L'action en est ainsi plus topique, immédiate et limitée à volonté. Employé depuis six mois sur 18 enfants sourds-muets de son service, il a amené leur guérison de la teigne tonsurante, dans un temps relativement court, soit six semaines à deux mois, bien que le mal durât depuis deux à cinq ans chez plusieurs, ayant résisté à l'épilation et autres moyens.

On traite successivement les différentes plaques isolées ou par portions, quand tout le cuir chevelu est pris. Autrement on pourrait déterminer la fièvre. Au lieu de provoquer l'éruption rapide et abondante qui a lieu sur la peau, l'huile de croton ne détermine sur le cuir chevelu que de la tuméfaction avec sensibilité, après vingt-quatre heures. Les vésicules ne se montrent qu'ensuite.

Les croûtes jaunâtres, molles comme du miel, sont enlevées avec des cataplasmes qui entraînent les cheveux et les débris noirâtres de la teigne, surtout si elle est ancienne. Après cette épilation spontanée, un pansement à la glycérine ne tarde pas à tarir l'écoulement de cette surface rouge et lisse, et les cheveux repoussent bientôt souples, vigoureux et abondants. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Teigne tonsurante. *Glycéré iodo-tannique.* Une endémie de trichophytie s'étant propagée du chien au porc, et de celui-ci à l'homme, dans les cantons de Céret et d'Arles-sur-Tech (Pyrénées-Orientales), a atteint 34 personnes, dont 28 enfants, du mois d'août 1875 au mois de février suivant. La tête en particulier, les sourcils, les joues, les organes génitaux, en étaient le siége. Le grattage, provoqué par les démangeaisons, transportait les spores en d'autres régions. M. Lespiau a employé, avec succès, des badigeonnages pratiqués deux fois par jour sur les parties affectées et à deux centimètres au-delà, avec le glycéré suivant :

℞ Tannin	1	gramme.
Teinture d'iode	10	—
Glycérine	20	—

Mêlez.

Dans le cas de croûtes, elles étaient préalablement enlevées avec un cataplasme ou la glycérine. (*Soc. méd. des hôp.*, mai, et *Union méd.*, n° 111.)

TEMPÉRATURE. Ayant placé successivement le même thermomètre sous l'aisselle et dans la main d'un grand nombre d'hommes atteints de maladies aiguës fébriles à leurs différentes périodes, dans le service de M. Villemin, au Val-de-Grâce, M. Couty a constaté, par les courbes en résultant, que la température de ces deux parties est égale ou diffère à peine de quelques dixièmes, tant que la fièvre est à la période d'augment ou d'état. Celle de la main peut même être supérieure dans quelques cas de pneumonie, érysipèle et rhumatisme. Mais, dès que la fièvre baisse, que la convalescence s'approche, la différence est très-considérable. De 37° dans l'aisselle, elle tombe à 34, 32 et même 30 et 28 degrés. Ce signe peut donc annoncer la convalescence, car il se prononce souvent plutôt dans la main que sous l'aisselle. (*Soc. de biol.*, 3 juin.)

Algidité cholériforme des chauffeurs. La haute température de 48 à 60 degrés, dans laquelle les chauffeurs et les mécaniciens des navires à vapeur voyageant sous les tropiques sont obligés de séjourner et de travailler, détermine une transpiration excessive et des accidents qui, selon M. T. Gray, ressemblent au choléra. Des crampes se font brusquement sentir dans les muscles de l'abdomen et des membres, la respiration devient pénible, le pouls petit, la peau froide, c'est-à-dire le contraire des effets produits par le coup de soleil.

Le refroidissement, les crampes, l'algidité du choléra ayant été rapportés à la déperdition d'eau par les selles et les vomissements, ces accidents analogues des chauffeurs, à la suite d'une transpiration profuse, donnent une nouvelle force à cette interprétation. (*Med. Times*, 1875.)

Mort par abaissement et élévation subits. La mort est plus ou moins prompte, suivant que cet abaissement est brusque,

subit, lent ou gradué. Un poisson vivant dans de l'eau à 12 degrés, porté dans de l'eau à 28 degrés, meurt rapidement, dit M. P. Bert, de même que si d'une eau à 28° il est porté dans une eau à 12°. Mais si l'on élève progressivement cette température, le poisson supporte 28° sans souffrir, et ne succombe qu'à 33°. Il n'y a donc rien d'absolu à cet égard comme on l'a cru. (*Soc. de biologie*, 20 mai.) Outre la résistance variable de l'organisme humain au froid, suivant les constitutions, le régime et le climat, il y a donc aussi à tenir compte de cette influence brusque ou graduée de l'abaissement de la température, pour amener la mort chez l'homme.

L'observation suivante montre qu'il en est de même sous l'influence de l'élévation subite de la chaleur. Une fille de 14 ans, ayant une ankylose angulaire de presque toutes les articulations, par suite d'une diathèse rhumatismale, fut soumise, sur les conseils d'un charlatan, avec promesse de guérison immédiate, au singulier traitement suivant. Le 15 avril 1876, on l'enveloppa d'une peau de mouton fraîche en plaçant autour dix miches de pain sortant du four. Le tout fut entouré d'une couverture. Elle devait rester ainsi jusqu'au lendemain matin et se réveiller guérie, mais elle ne se réveilla pas. Après une heure de malaise et de douleur dans un bras et les jambes, elle n'y tenait plus et exigea qu'on dégageât le bras. Elle s'endormit ensuite. La poitrine s'élevait et s'abaissait violemment et une sueur abondante perlait sur les parties découvertes. La face pâlit et les parents s'apprêtaient à appeler un médecin, lorsque l'enfant succomba, trois heures environ après le début de l'opération.

L'autopsie, faite par le docteur Speck, montra une putréfaction très-avancée, trente heures après la mort, et une température fraîche et sèche. Tête bouffie, emphysémateuse, d'un bleu rouge, avec sang liquide s'écoulant par la bouche et les narines. Abdomen très-ballonné et recouvert de phlyctènes comme le dos et les cuisses. Veines très-apparentes partout. Pas d'injection cérébrale, sauf la pie-mère et l'arachnoïde. Poumons petits, gorgés d'un sang rouge cerise en bas. Liquide spumeux dans le péricarde, cœur graisseux et vide de sang, ainsi que les gros vaisseaux. Épiploon renfermant de l'air. Foie et rate couleur chocolat, très-mous, crépitants à la section. Reins petits et mous.

D'où la conclusion que la mort était le résultat d'une température trop élevée.

Une miche de pain sortant du four donne, en effet, une température de 85° C. à deux centimètres et demi de profondeur et de 49° encore après deux heures et demie à trois ou quatre centimètres de profondeur. Le calorique développé par les dix miches avait donc été des plus intenses. (*Ann. d'hygiène et de méd. légale,* novembre.)

TENDONS. Voy. SUTURES.

TÉTANOS. Un phénomène curieux a été observé par M. Lannelongue sur deux tétaniques dont les accidents étaient modérés : le simple contact d'un instrument, des doigts ou des pièces du pansement, à la surface d'une certaine zone de la plaie ou même d'un seul bourgeon charnu, provoquait des douleurs très-vives, et, à leur suite, des convulsions extrêmement violentes. De là le danger des excitations périphériques portées à la surface de la peau. Un tétanique kabyle, observé en Algérie par le docteur Bresson, médecin-major, qui semblait en voie d'amélioration sous l'influence de hautes doses de chloral, fut immédiatement pris d'une recrudescence des phénomènes convulsifs à la suite d'un bain chaud et succomba peu après. Larrey recommandait pour cette raison les pansements très-rares, précisément dans le but d'éviter les excitations douloureuses des plaies.

M. Blot rapproche ce fait avec ce qui se passe dans l'éclampsie puerpérale qui a tant d'analogie avec le tétanos. Le moindre contact irritant, l'introduction d'une sonde dans la vessie, du doigt dans le vagin ou le col de l'utérus, amène presque sûrement un accès convulsif. D'où le danger des manœuvres pour dilater l'orifice et accélérer le travail de l'accouchement.

Indication de la trachéotomie. Deux formes en sont distinguées par M. Ch. Richet, en constatant avec le pneumographe les phénomènes de la respiration des tétaniques. Une pause dans l'expiration est constatée à certains moments, c'est-à-dire qu'il y a spasme expiratoire ne pouvant intéresser que les muscles respirateurs et ceux de la glotte. L'as-

phyxie est alors redoutable et le pronostic très-grave, et c'est dans ces cas que la trachéotomie est indiquée et que M. Verneuil a rappelé à la vie, par cette opération, des tétaniques qui asphyxiaient.

La pause respiratoire était au contraire dans l'inspiration chez un autre tétanique qui mourut dans le coma, sans phénomènes asphyxiques. La trachéotomie n'est pas indiquée dans ces cas, car l'hématose s'accomplit suffisamment pour l'absorption des médicaments. Une modification efficace du système nerveux peut ainsi en résulter et le pronostic est moins grave que dans le cas précédent. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 14.)

Danger du chloral. M. Desprès se demande si, donné à haute dose, comme chez ce kabyle qui en reçut 92 grammes en neuf jours outre les injections morphinées, le chloral ne peut devenir toxique et tuer les tétaniques même guéris. Il a vu ainsi un de ses malades succomber le troisième jour, non dans un état convulsif, mais plutôt de prostration. M. Marc Sée a vu aussi le tétanos céder à l'emploi du chloral chez un enfant qui succomba néanmoins sans phénomène convulsif. Enfin M. Verneuil lui-même, l'initiateur de l'emploi de ce moyen, avoue avoir perdu un enfant d'un tétanos traité par le chloral, non dans les convulsions, mais dans la résolution ou le collapsus.

Cette question est donc des plus importantes. La résolution étant une période naturelle du tétanos, il s'agirait de savoir, par des observations positives, quels sont les signes différentiels de l'empoisonnement par le chloral. Une femme de la Salpétrière, ayant pris par erreur une potion entière contenant 10 grammes de chloral, à la suite d'une amputation de la cuisse, tomba aussitôt dans un sommeil très-profond, presque comateux, dont il était impossible de la tirer par des excitations énergiques et répétées. Elle resta trois à quatre jours étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle. (*Soc. de chir.*, mars.)

Un cas de guérison de tétanos à frigore chez un garçon de 14 ans, observé par le docteur Lamare de Honfleur, semble démontrer péremptoirement l'utilité du chloral et son innocuité. A deux reprises, la répugnance invincible du malade pour le chloral obligea de le suspendre et d'y substi-

tuer le bromure de potassium et, chaque fois, l'agitation recommença et obligea d'en reprendre l'usage à haute dose. 130 grammes furent ainsi absorbés en vingt-cinq jours, dont 40 grammes en une semaine. L'enfant guérit. Mais on peut se demander si la belladone, employée concurremment, n'a pas contribué à la tolérance et à l'absorption du chloral. (*Année méd. de Caen*, avril.)

Injections intra-veineuses de chloral. L'utilité du chloral d'une part, au moins dans certains cas, et la prolongation du sommeil par ce mode d'anesthésie de l'autre, devaient y faire recourir, surtout dans le tétanos. La difficulté d'exécution, invoquée par M. Verneuil et d'autres chirurgiens, paraît avoir été victorieusement surmontée par le docteur Vigneau en pareil cas. Appelé une nuit près d'un tétanique à la campagne, il put, avec l'aide de deux paysans, pratiquer ces injections intra-veineuses sans aucun accident. D'autres n'ont même pas eu recours à l'instrument de M. Oré et se sont servis d'une seringue ordinaire. Le professeur Alarco, de Lima, aurait ainsi fait trente injections en dix-sept jours à un tétanique qui a parfaitement guéri sans phlébite ni caillots, malgré la pénétration de 56 grammes de chloral. (*Acad. de méd. de Belgique*, 24 juin.)

Opium et strychnine. Une guérison unique et remarquable à ce titre, à cause du nouveau traitement institué, en a été obtenue par le docteur Gaucher, à l'hôpital civil d'Aïn-Temouchent, sur un garçon de ferme de 32 ans. Un mois après avoir reçu deux coups de sabre, dont un sur le menton intéressant le rameau nerveux du dentaire inférieur, ce garçon est pris, le 12 septembre dernier, d'une violente douleur dans la cicatrice adhérente de la plaie du menton et, dès le lendemain, le tétanos éclate dans toute sa violence. Entré ce jour même à l'hôpital, il présente une contraction violente avec rigidité de tous les muscles cervicaux, maxillaires, dorsaux et lombaires avec opisthotonos marqué. Mâchoires très-serrées, plusieurs convulsions par jour.

Un vésicatoire est appliqué immédiatement sur la cicatrice du menton et 15 centigrammes d'extrait gommeux d'opium sont donnés chaque jour jusqu'au 17 septembre.

Ce jour-là, 10 centigrammes d'émétique et autant d'opium sont donnés pour obtenir quelques selles.

Du 18 au 23, on administre trois milligrammes de sulfate de strychnine avec les dix centigr. d'opium en potion par jour, en augmentant d'un milligramme de strychnine du 24 au 30. Ce malade a donc absorbé 1 gramme 75 centigrammes d'extrait d'opium en 17 jours consécutifs et 46 milligrammes de sulfate de strychnine en 12 jours. C'est surtout sous l'influence de ce sel que les attaques ont diminué aussitôt.

Une éruption eczémateuse et furonculeuse a succédé à l'emploi de ce traitement énergique, mais le malade a guéri. Et comme tous les autres tétaniques succombaient aux médications différentes, il y a lieu de prendre celle-ci en considération. (*Journ. de méd. et pharm. d'Alger*, novembre.)

Étirement des nerfs. Inaugurée par M. Callender dans les névralgies (*V. année* 1875), cette nouvelle méthode a été étendue par M. Milner au traitement du tétanos. M. Verneuil l'a employée avec succès chez un homme qui en fut atteint après une déchirure de la main. Le nerf médian fut découvert au coude et le cubital au poignet. Des tractions furent exercées sur eux. Le malade guérit.

La tolérance des nerfs soumis à cet étirement, dans les faits publiés par Billroth, Nussbaüm et Callender, permet de le tenter, comme dernière ressource, dans le tétanos traumatique, quand le siége du mal peut être nettement fixé. (*Lancet*, avril.)

Tétanos rhumatismal. *Succès de l'acide salicylique*. V. RHUMATISME.

THÉRAPEUTIQUE. *De quelques principes fondamentaux de la thérapeutique*. Applications pratiques. Recherches sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de quinine, de l'eau froide, de l'arsenic, du seigle ergoté, du tannin et du permanganate de potasse; de la pathogénie des lésions morbides et du traitement rationnel du choléra, par Duboué, de Pau, un volume in-8°, Paris. Collection des principaux mémoires de l'auteur, analysés lors de leur apparition, et sur lesquels il serait superflu de revenir.

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies

cutanées, par Diday, ancien chirurgien de l'Antiquaille, et Doyon, directeur des Annales de dermatologie, un vol. petit in-8°, de 900 p., Paris.

THORACENTÈSE. *Indications.* L'ayant pratiquée 115 fois à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy, notamment dans 55 cas de pleurésies simples ou secondaires, M. Bouilly en est arrivé à se convaincre que les signes indiqués par les auteurs, pour diagnostiquer l'existence de l'épanchement et son abondance, sont assez souvent fautifs et trompeurs. Il le prouve par les opinions contradictoires de ces auteurs sur la valeur de ces différents signes et des faits en grand nombre rapportés à l'appui. Les signes des grands épanchements sont les plus sûrs, les plus constants; ceux des moyens et des petits sont le plus souvent fautifs. On croyait ici trouver plus de liquide et là moins qu'il n'en est sorti. Il est même des cas où la ponction répétée coup sur coup dans la ligne axillaire, au point d'élection et en arrière, au niveau du maximum du souffle et de la matité, n'a rien amené que quelques gouttes de sang. Cinq jours plus tard, dans un de ces cas et avec les mêmes signes, la ponction, faite au même endroit, donna issue à 2500 grammes de liquide; preuve que les premières avaient été trop hâtives. D'où l'indication d'attendre que les accidents obligent d'y recourir. L'âge de la pleurésie, sa nature et la forme de l'épanchement sont, en effet, d'après l'auteur, les causes qui exposent le plus à ces tristes méprises. (*Arch. de méd.*, mars, avril et mai.) V. ÉPANCHEMENTS.

L'indication pour M. Widal, médecin principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est dans ce fait que les épanchements inflammatoires de la plèvre étant toujours plus ou moins riches en albumine coagulable, ils donnent lieu rapidement à des fausses membranes qui s'étalent sur les deux feuillets pleuraux et en diminuent le pouvoir absorbant. Une grande partie de leur fibrine coagulable, obéissant aux lois de la pesanteur, s'accumule à la base du poumon. De là ces brides pseudo-membraneuses et ces adhérences fixant le poumon à la paroi costale, sinon dans la gouttière vertébrale et les parties supérieures de la cage thoracique. Plus le liquide épanché séjourne dans la plèvre et plus il précipite de ses éléments coagulables, plus les pseudo-membra-

nes augmentent et épaississent, prennent de la consistance et de la solidité en s'organisant, au point de devenir parfois définitives et indestructibles. La déformation, le rétrécissement du thorax et jusqu'à la déviation de la colonne vertébrale peuvent en être la conséquence, sinon le développement ultérieur de la tuberculose.

La thoracentèse pratiquée de bonne heure, devant prévenir tous ces fâcheux résultats par l'issue du liquide, mérite ainsi la préférence sur les vésicatoires et les diurétiques. Les ayant essayés pendant près de trois mois, durant huit à dix jours, sans un résultat positif évident, il leur a substitué la thoracentèse. Aussi l'a-t-il employée « depuis trois ans sur les militaires des hôpitaux de Versailles et du Gros-Caillou, atteints d'épanchements de toute date et de toute espèce, avec ou sans fièvre. » Les épanchements apyrétiques abondants et complets sont opérés d'urgence, le jour même de l'entrée, sinon le lendemain, ou le surlendemain. Ceux qui dépassent la moitié de la hauteur thoracique sont traités par les vésicatoires et les diurétiques, mais s'ils ne montrent pas de la tendance à la résorption après quelques jours, ils sont ponctionnés.

La ponction capillaire et aspiration avec l'appareil Potain lui sert à cet effet. Après avoir rassuré le malade, il enfonce l'aiguille dans le sixième où septième espace intercostal, en arrière de la ligne verticale descendant de l'aisselle, immédiatement en avant du bord externe du muscle grand dorsal. On est ainsi prémuni contre les blessures du foie. Les accidents de syncope et de mort subite lui ont fait adopter par préférence la position couchée à celle assise, employée auparavant, et l'emploi d'une potion cordiale ou du vin de cannelle.

Ainsi appliquée à 87 épanchements pleurétiques séreux et franchement inflammatoires, dont 21 dans la période fébrile, la guérison en est résultée 83 fois, car l'auteur ne compte que 4 décès dont trois de phthisiques et un d'empyème, mais sans fournir la statistique claire et explicite de ces guérisons.

En effet, il en accuse seulement 19 obtenus immédiatement, sans récidive, dont 11 sur 54 épanchements récents, c'est-à-dire datant de trois à seize jours, 5 étant encore dans la période fébrile; 2 sur 19 épanchements anciens,

datant de 18 à 30 jours, et la dernière chez un malade dont l'épanchement remontait à six semaines. Sur les 14 épanchements très-anciens et remontant à deux mois et plus, la thoracentèse n'a pas amené une seule guérison immédiate. Et cela pour montrer que cette guérison immédiate est bien plus fréquente lorsque la thoracentèse est pratiquée hâtivement. C'est ainsi que les 21 ponctions pratiquées pendant la fièvre, c'est-à-dire dans les huit à dix premiers jours, ont été suivies 15 fois de guérison rapide, car, aux 5 immédiates, 10 ont eu lieu du sixième au douzième jour, et 5 du treizième au dix-neuvième, 2 seulement ont récidivé en devenant purulents. Mais tout cela est loin, comme on voit, des 83 guérisons implicitement admises.

Après ces 87 thoracentèses, l'épanchement serait devenu purulent seulement 5 fois, dont deux chez des phthisiques, mais sans que le nombre de récidives soit indiqué explicitement. L'auteur dit seulement que 11 cas ont nécessité une ou plusieurs thoracentèses sur les 98 fois qu'il l'a pratiquée. 5 de ces 11 malades étaient tuberculeux. Il semble donc que cette récidive n'a eu lieu que dans ces 11 cas, qui n'étaient pas séreux ni franchement inflammatoires. Ce résultat est d'autant plus exceptionnel que 9 tuberculeux sont compris parmi les malades ponctionnés, et l'on ne dit pas s'ils figurent parmi les 11 qui ont présenté ces récidives.

On s'explique du reste comment l'auteur ne les compte pas. Toutes les fois que le liquide ne disparait pas immédiatement, qu'il diminue ou qu'il augmente alternativement pendant dix à quinze jours, il applique des vésicatoires répétés et administre les diurétiques à l'intérieur. Le traitement principal devient ainsi accessoire et avec d'autant plus de succès que 68 de ces thoracentèses, n'ayant pas été suivies de guérison immédiate, ont guéri ensuite grâce à ces moyens, mais sans que l'auteur en reconnaisse pour cela l'efficacité. C'est toujours l'évacuation partielle du liquide qui, en donnant le branle, en a provoqué la résorption complète.

L'auteur n'indique pas davantage le nombre de ponctions blanches qu'il a eu à subir et ne cherche même pas à se rendre compte de ces échecs. Il a ponctionné jusqu'à trois fois de suite sans obtenir de liquide ni reconnaître qu'il

n'y en avait pas et que c'est là une erreur de diagnostic, car cet aveu entraînerait une contre-indication manifeste de la thoracentèse. Les piqûres du poumon et du foie n'en sont pas davantage, parce qu'il n'en a pas observé d'accidents consécutifs. Aussi la préconise-t-il pendant la fièvre comme après, même chez les tuberculeux.

Plus d'une contradiction serait à relever dans ce plaidoyer, beaucoup trop exclusif, en faveur de la thoracentèse hâtive. Malgré le danger invoqué des fausses membranes et la compression du poumon, il cite ainsi cette phrase contradictoire de M. Peyrot : Les faits cliniques montrent que des poumons, comprimés depuis fort longtemps, parfois depuis des mois, peuvent se dilater rapidement lorsque l'épanchement qui les retenait vient à disparaître. Il a même obtenu une de ces guérisons rapides chez un malade dont l'épanchement remontait à six semaines. Il y a donc des cas où l'on peut essayer, sans danger, le traitement médical assez longtemps, sans recourir d'emblée à la thoracentèse, et c'est au diagnostic à distinguer ces cas.

Tandis que d'un côté M. Widal ne trouve rien d'effrayant dans l'aspect *sanguinolent et limpide* du liquide extrait par une première thoracentèse, parce qu'il a obtenu quatre guérisons immédiates à la suite, il fait de son aspect *trouble et sanguinolent* une menace de récidive avec trois cas à l'appui. Cet aspect du liquide est pour lui un signe de granulations pleurales, lors même que l'auscultation ne révèle pas de tubercules pulmonaires.

On voit que, malgré la conviction absolue et l'assurance dont l'auteur fait preuve en faveur de la thoracentèse hâtive contre le traitement médical, bien des obscurités et des contradictions existent encore à cet égard. Les quelques observations qu'il rapporte pour ou contre, malgré le grand nombre dont il disposait, sont loin de pouvoir résoudre la question. (*Soc. méd. d'émulation*, et *Union méd.*, n°s 129, 134 et 141.)

Une statistique comparée des pleurésies traitées par les deux médications dans les hôpitaux militaires de Belgique, pendant le premier semestre de 1876, montre au contraire que sur 37 cas traités par les révulsifs cutanés et intestinaux, malgré l'abondance de l'épanchement et la gravité des symptômes, il n'y á eu qu'un seul décès, tandis que des

4 malades ponctionnés, trois sont morts, et le quatrième se trouvait encore en traitement lors de la publication de cette statistique. Cette contradiction avec la précédente montre donc qu'il ne faut pratiquer la thoracentèse qu'avec réserve. (*Archiv. méd. belges.*)

Accidents réflexes. Aux cas de mort subite, d'urémie, de convulsions épileptiformes, signalés l'année dernière, M. Lépine en ajoute d'autres non moins graves. C'est la parésie, l'hémiplégie même des membres du côté opéré de l'empyème consécutivement à la thoracentèse. Il s'agissait de deux hommes, l'un de 52 ans, un peu usé par les excès, l'autre de 34 ans, malade depuis deux ans, entrés à l'hôpital Beaujon en 1875. Le premier fut pris, quinze jours après l'empyème, d'une faiblesse graduelle du membre supérieur droit, qui se traduit en impotence fonctionnelle avec douleurs dans les membres se reproduisant à plusieurs reprises quand la plaie devient plus douloureuse et qui disparaît avec la guérison de celle-ci.

Chez le second, une vive douleur est ressentie pendant la pénétration d'une injection de teinture d'iode dans la plèvre, avec engourdissement des membres du côté droit; plus tard, à la suite de l'empyème, la faiblesse du membre inférieur devint plus marquée. Elle s'améliora avec la cicatrisation de la plaie, mais des trajets fistuleux persistant, la parésie en subit toutes les oscillations, jusqu'à diminuer d'un demi-centimètre à un centimètre le diamètre de la partie moyenne de la cuisse et du bras droit avec celui du côté opposé.

Aucun symptôme cérébral n'ayant été observé, M. Lépine en infère que ces accidents ne sauraient être attribués à l'embolie, mais qu'ils se rapportent bien plus évidemment à une action réflexe, se faisant par l'intermédiaire de la moelle. Il invoque les sympathies constatées entre le poumon et le membre supérieur du même côté, comme des névralgies brachiales consécutives à une lésion ou une contusion de la paroi thoracique du même côté semblent l'établir, ainsi que M. Olivier en a rapporté un exemple en 1874. On se rendrait ainsi compte de l'état parétique avec œdème de la main, gonflement de la gaine des tendons fléchisseurs, comme ils ont été observés dans les deux cas pré-

cédents. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre 1875, et *Union méd.*, nos 13 et 14.)

En rapportant le cas intéressant d'un jeune étudiant en droit qui, après avoir subi l'opération de l'empyème, fut pris à trois reprises, à la suite des lavages pratiqués, de douleurs violentes, d'engourdissement localisé dans le côté opposé aux altérations pleurales et même d'aphasie passagère, M. Leudet attribue ces accidents à la même étiologie. Ces troubles nerveux, dit-il, sont de cause réflexe. Sous l'influence de la pleurésie, de l'épanchement de pus, il se développe sur la séreuse enflammée une sorte de point excitable, comparable à la zone épileptogène. Une cause quelconque, le lavage de la plèvre, par exemple, venant agir sur cette zone, devient le point de départ d'un réflexe qui aura comme effet une anémie cérébrale et tous les troubles qui en découlent. Il se passerait là un fait qui rappelle l'expérience d'Hitzig. Lorsque ce physiologiste excitait certains points du nerf crural enflammé, aussitôt apparaissaient des convulsions souvent très-violentes. (*Assoc. française.*)

Mais comment admettre cette étiologie devant l'innocuité de ces injections pleurales, pendant plus de vingt jours, dans le fait analogue rapporté par le docteur Walcher? Un homme de quarante ans, atteint de pleurésie purulente gauche, subit la thoracentèse huit jours après le début. Issue d'un liquide trouble. L'épanchement se reproduit, et, vingt jours plus tard, on fait l'incision de la paroi costale. Pendant trois semaines, M. Walcher emploie sans accident des injections quotidiennes d'eau phéniquée, additionnée de teinture d'iode iodurée. Un matin, il éprouve une certaine difficulté à faire pénétrer le liquide qui reflue entre les lèvres de la plaie et la paroi du tube, sans qu'il exerce aucune violence. Tout à coup le malade pâlit et s'affaisse, puis, au bout de quelques minutes, il est pris de convulsions toniques et cloniques, comme dans un accès d'éclampsie. L'auteur constate dans la soirée une hémiplégie gauche qui persista les jours suivants.

Dix jours plus tard, à la suite d'une très-faible injection d'eau alcoolisée, qui pénétra avec difficulté, mêmes phénomènes de syncope et d'éclampsie, suivis cette fois d'hémiplégie droite. Le malade a guéri de son empyème et de son hémiplégie double. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Un autre fait, observé par M. Libermann à l'hôpital du Gros-Caillou, montre que, en n'y regardant pas à deux fois par un examen minutieux de tous les organes, on est exposé à rattacher la mort à des causes aussi obscures que les actions réflexes alors que cette cause est toute matérielle. Un sergent de 24 ans est pris de frissons en montant sa garde et entre, huit jours après, le 2 août 1875, avec épanchement considérable du côté droit. La palpation de l'abdomen, pratiquée avec soin, pour s'assurer de l'état du foie refoulé en bas et dépassant de trois doigts les fausses côtes, ne détermine aucune douleur.

Aucun changement n'étant survenu le 25 août, malgré les diurétiques et les vésicatoires, une première ponction est pratiquée et répétée sept fois jusqu'au 7 octobre, soit en les faisant suivre par l'injection d'un liquide irritant, soit en laissant une notable portion, soit le tiers de l'épanchement.

On n'avait retiré ainsi que 1250 grammes d'un liquide brunâtre, très-fétide, le 7 octobre, lorsque le malade, qui venait de boire un peu de vin de cannelle, et se trouvant très-bien, est pris d'un besoin pressant d'aller à la selle. Un de ses camarades le soulève et le soutient sur le vase, quand tout à coup il pâlit, se refroidit et retombe inanimé dans son lit, après avoir vomi quelques gorgées d'un liquide séro-sanguinolent.

Si la mort n'avait pas suivi immédiatement la thoracentèse, une demi-heure ne s'était pas écoulée entre elles. Il était donc intéressant d'en rechercher la cause. Le côté droit de la poitrine montra un poumon réduit à une lame de 8 à 10 centimètres de long sur 25 millimètres d'épaisseur, tapissée d'une fausse membrane très-résistante avec 700 grammes de pus brunâtre dans la cavité, sans aucune altération pouvant rendre compte de la mort subite. Le cœur, le foie, les reins, la rate en étaient aussi exempts. L'estomac, rougeâtre et distendu, ainsi que le duodénum, le jéjunum et l'iléon, allaient l'offrir.

Un immense caillot, baignant dans un liquide roussâtre, semblable à celui vomi avant la mort, fut trouvé dans l'estomac, dont il avait la forme. Sphérique du côté du cardia, avec une pointe s'engageant dans le pylore à l'autre extrémité, il mesure 24 centimètres de long sur 10 de large et

pèse 910 grammes. Le duodénum en contenait un autre semblable pesant 100 grammes. Enlevé, il met à nu, sur la face postérieure, un ulcère rond de 25 centimètres de diamètre longitudinal et 18 transversalement, intéressant la paroi toute entière qui repose sur le pancréas auquel il est soudé. Une artère ulcérée, la gastro-épiploïque droite, traverse perpendiculairement le fond, parallèlement aux fibres musculaires de l'intestin. Cet exemple montre donc l'urgence d'un examen attentif avant d'attribuer la mort à des causes aussi subtiles qu'une action réflexe. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1875, et *Union méd.*, nº 25.)

Ce sont probablement ces adhérences qui, dans certains cas, selon M. Vidal, sont les principales causes de la congestion pulmonaire et de la mort subite. Dans les 5 cas rapportés, la ponction a été pratiquée du douzième au vingt-troisième jour, c'est-à-dire à une époque où ces adhérences plus ou moins solides peuvent être établies. Quand le poumon est ratatiné, bridé par elles, il ne se dilate plus, et, dès lors, le liquide se reproduit très-facilement, ou bien il se dilate brusquement en rompant ses adhérences. Dans ce dernier cas, le sang se précipite dans le poumon avec d'autant plus de violence que le vide est plus complet. Cet épanouissement subit et non graduel du poumon peut être dû à une inspiration brusque et se faire quelques heures ou même un jour après la ponction.

C'est ainsi qu'il a observé assez fréquemment des malades chez lesquels le murmure vésiculaire tardait à reparaître, en même temps que persistait la matité après l'écoulement du liquide. Quelques heures ou un jour plus tard, la sonorité reparaissait, ainsi que le bruit respiratoire accompagné de frottement et de râles. Dans ces cas, le poumon était resté adhérent à la place qu'il occupait avant la ponction, et n'avait rompu ses liens que plus ou moins longtemps après l'évacuation du liquide. Les congestions pulmonaires, mortelles après la thoracentèse, sont surtout graves chez les malades atteints de lésions antérieures du poumon, surtout si l'on emploie les appareils aspirateurs. Il propose donc de ponctionner les pleurésies séreuses dans les dix ou douze premiers jours de la maladie; et seulement dans les cas de nécessité absolue si la maladie est très-ancienne, ou si l'on a constaté une lésion pulmonaire ou pleurale du côté

opposé à l'épanchement. Quand la ponction devient indispensable, il faut redoubler de précautions, surveiller, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, la marche de la respiration pulmonaire, et s'arrêter définitivement si la matité et l'absence de respiration persistent dans les parties où le vide a été fait, s'arrêter aussi dès que survient la toux avec expectoration spumeuse et administrer au malade une potion cordiale avec interdiction de se lever. Enfin ne pas pratiquer la thoracentèse dans la position horizontale, chez les sujets cachectiques ou atteints d'une maladie cardiaque.

L'emploi des aspirateurs est surtout dangereux dans le cas d'adhérences. C'est ainsi que dans le cas rapporté à la *Société méd. d'émulation* par M. Tenneson, et dont la malade a failli succomber à des accidents asphyxiques, la pleurésie datait de quatre mois, l'épanchement était peu abondant et des fausses membranes existaient probablement. Dans ces conditions, la thoracentèse, faite avec un appareil aspirateur, détermine souvent, en provoquant un écoulement continu, en violentant le poumon, en le forçant à combler le vide produit, des déchirures du parenchyme pulmonaire, sinon des fibres terminales du pneumo-gastrique. De là, des écoulements sanguinolents quand l'aspiration est trop énergique, l'apparition de bulles d'air se dégageant du liquide extrait dans la carafe de l'appareil, et cette sensation toute spéciale, très-pénible, très-angoissante, bien connue des malades qui ont été souvent ponctionnés, et qui oblige l'opérateur à modérer, par le jeu des robinets, la rapidité de l'écoulement. Ces accidents ne s'observent pas quand on agit avec toutes les précautions voulues ou quand on se sert d'un simple trocart muni d'une baudruche ; mais, alors, on s'expose à un autre danger. Tantôt, en effet, si l'on opère de bonne heure, et si le liquide s'écoule trop vite, on pourra observer une congestion œdémateuse aiguë du poumon; si, au contraire, l'on opère tard, on n'évacuera qu'une partie du liquide, et l'on ne remédiera qu'en partie aux troubles déterminés par l'épanchement. M. Lereboullet conclut en recommandant d'opérer de bonne heure, de n'exercer qu'une aspiration lente et modérée, de ne pas retirer à la fois une trop grande quantité de liquide et d'arrêter tout écoulement dès qu'il survient un peu de dyspnée, une quinte de toux ou quelques troubles de la circulation. (*Union méd.*, n° 53.)

De la mort subite ou rapide après la thoracocentèse, thèse inaugurale contenant toutes les observations connues, par M. le docteur Foucart. Paris, 1875.

TORSION ARTÉRIELLE. Après quatre à cinq ans de son emploi exclusif dans 100 opérations, dont plusieurs amputations de cuisse, de bras et d'autres, sans la moindre hémorrhagie immédiate ni consécutive, M. Tillaux revient sur ce sujet important qu'il a déjà traité. (*V. année* 1872.) Elle serait ainsi préférable à la ligature, d'autant plus qu'elle n'offre aucune difficulté d'exécution. Si elle n'a pas réussi à s'introduire en France, pas plus qu'en Allemagne, c'est que Amussat, son premier vulgarisateur, en avait rendu l'exécution difficile et trop compliquée. Au lieu de comprimer l'artère dans sa continuité, de manière à rompre les tuniques interne et moyenne, et obtenir leur refoulement supérieur pour tordre ensuite le bout libre comme il le faisait pour mieux limiter la torsion, M. Tillaux a simplifié le procédé. Après avoir isolé l'artère comme pour la ligature, afin de la tordre seule, il en saisit obliquement le bout libre avec une pince, de manière que toute la largeur en soit bien exactement comprise entre les mors. Et sans se préoccuper jusqu'où peut remonter la torsion, il tord ainsi, sans traction ni refoulement, jusqu'au détachement complet du bout saisi. Ce n'est ni dix, ni vingt, ni trente tours à pratiquer, mais plus ou moins suivant l'importance et la résistance de l'artère saisie. Les expériences cadavériques et les observations cliniques lui ont démontré que la torsion se limite toujours à la portion saisie par la pince, sans remonter jamais au-delà d'un centimètre à cause de la résistance de la tunique externe.

L'occlusion du vaisseau s'opère par la rétraction des tuniques musculaire et élastique, faisant ainsi l'office de valvules sigmoïdes, mais surtout par la tunique externe s'appliquant exactement contre leur face inférieure ou extérieure. L'oblitération est ainsi complète par ce tourillon qui fournit un point d'appui solide à la résistance des tuniques internes. L'état athéromateux, loin de s'opposer à la torsion, la facilite ; l'inflammation même ne la contre-indique pas absolument. Si la friabilité du vaisseau en est rendue trop grande, l'artère se rompt sous la pince, le tourillon

ne peut se former, et il faut recourir à la ligature. C'est ainsi que dans une amputation secondaire de cuisse dans un moignon sensiblement enflammé, M. Anger ne put réussir à faire la torsion, parce que la tunique celluleuse de l'artère se rompait trop tôt. Dans une amputation du bras droit, faite tardivement, le 8 mars dernier, à la suite du passage d'une roue de voiture, M. Tillaux trouva l'humérale enflammée et fut frappé de la rapidité avec laquelle le bout tordu se détacha. La torsion résista malgré ses craintes au choc du sang après l'enlèvement du tube d'Esmarch, et l'opéré guérit sans la moindre perte de sang.

Ainsi simplifiée, la torsion a deux grands avantages sur la ligature : 1° elle n'introduit aucun corps étranger dans la plaie, qui tend toujours à provoquer la suppuration, et elle favorise ainsi la réunion immédiate; 2° elle assure mieux l'hémostase primitive, puisque, sur 100 cas, M. Anger n'a jamais observé d'hémorrhagie primitive, pas plus des grosses artères que des petites. Plusieurs chirurgiens anglais sont d'accord à cet égard. Hill n'en a pas observé sur 70 cas de torsion. Jamais la ligature n'est aussi efficace dans les statistiques les plus favorables. Deux amputations de cuisse, suivies de la torsion des artères, par M. Anger, d'après le nouveau procédé, n'ont pas été suivies d'hémorrhagies. Il est donc préférable à l'ancien qui en a donné plusieurs.

Par son mécanisme, elle assure mieux aussi l'hémostase consécutive que la ligature. Si la torsion immédiate, sans caillot, résiste à l'influx du sang, elle y résiste aussi lorsque le caillot se dissout par le fait d'une infection purulente. Dans une amputation de cuisse, faite le 5 février 1875, chez un jeune homme, cet opéré ayant succombé à l'infection purulente le seizième jour, la fémorale ne contenait pas trace de caillot. Avec la ligature, au contraire, l'hémorrhagie consécutive ne manquerait pas de se produire une fois le fil tombé. C'est ainsi que dans les ligatures absorbables avec les cordes à boyau de chat, pratiquées suivant la méthode de Lister, une proportion énorme d'hémorrhagies consécutives a lieu, suivant M. Berger. (*Soc. de chir.*, mars.)

Murinoff, d'après ses expériences de ligature avec des fils de boyaux sur des chiens et des lapins, a eu des hémorrhagies consécutives dans les proportions suivantes: catgut 10 %;

fils de boyaux imbibés de chloral, 25 °/。; fils de boyaux simples, 87 °/。. (*Diss. inaug.* Saint-Pétersbourg, 1875.)

Il ne s'agit donc plus de s'en tenir à la tradition pour la ligature. Devant la facilité et la sécurité de la torsion, il convient au moins d'y recourir dans les cas où la réunion immédiate est nécessaire, dans certaines plaies de la face en particulier.

TRACHÉOTOMIE. Son opportunité dans le croup est, suivant le docteur Dubrisay, dès qu'un accès de suffocation vient se joindre à l'aphonie, la toux déchirée et éteinte, le sifflement laryngo-trachéal. L'accès de suffocation est la preuve que des fausses membranes, en se déplaçant ou se détachant, viennent oblitérer la glotte comme un corps étranger tombé dans le larynx. Cet accès se renouvellera donc infailliblement et peut asphyxier l'enfant si l'on n'arrive à temps pour l'opérer.

Cette règle absolue n'est malheureusement fondée que sur deux faits observés à Choisy-le-Roi, par M. Chapotel. Pour avoir remis l'opération après un premier accès, l'enfant succomba au second, tandis qu'il fut sauvé dans l'autre cas, grâce à la présence du médecin traitant qui ouvrit immédiatement la trachée. (*Soc. de méd. de Paris*, janvier.)

Mais combien de fois, au contraire, n'est-elle pas infirmée par les succès obtenus par la trachéotomie pratiquée à la période ultime, celle d'anesthésie, et, de même, que de fois n'a-t-elle pu être évitée en attendant ainsi ! C'est ce que le docteur Michalski montre par cinq observations de sa pratique, et ce que chaque praticien pourrait appuyer au besoin. C'est donc au tact de celui-ci, aux indications spéciales du cas, qu'il faut laisser les règles à suivre. (*Union méd.*, nos 32 et 36.)

Succès en ville. Élève de M. Barthez à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. le docteur Révilliod a transporté en Suisse la pratique de la trachéotomie. Depuis 1868 jusqu'à ce jour, il a opéré 87 malades, dont 16 au-dessous de deux ans. Sur ce nombre, 33 ont guéri, soit 43, 6 pour 100 ; tandis que les statistiques publiées sur les résultats obtenus dans les hôpitaux de Paris et de province ne donnent qu'une moyenne de 30 pour 100. Cette différence, à première vue, tendrait

à faire admettre que la diphthérite est moins grave en Suisse qu'en France, car M. Révilliod opère dans les mêmes conditions et de la même manière qu'il a appris à opérer dans les hôpitaux français.

L'explication de cette différence surprenante est dans ce fait remarquable que, de ces 87 malades, 47 habitaient la ville et 40 la campagne; 84 ont été opérés en ville, 3 seulement à l'hôpital. C'est sous cette influence que, sur les 16 opérés au-dessous de deux ans, il a obtenu 6 guérisons. Ces succès démontrent, mieux que tous les autres, l'influence nocive du séjour de ces enfants à l'hôpital.

Comme s'il avait voulu faire valoir cette proportion élevée de succès et en rapporter tout le mérite à lui-même, M. Révilliod nie à la fois, l'action de la contagion, de l'hérédité et des diathèses sur les résultats de l'opération, montrant bien par là qu'il a oublié ou méconnu l'observation journalière des hôpitaux de Paris, pour ne se rappeler que celle qu'il a eue depuis sous les yeux. Quelle parité établir, en effet, entre ces enfants chétifs, étiolés, faibles, scrofuleux, rachitiques, que la misère amène dans les hôpitaux, atteints du croup, parfois agonisants, ceux qui, dans la convalescence d'une fièvre éruptive, d'une pneumonie, le contractent par contagion, et ces enfants des campagnes, pleins de vie et de santé, qui en sont surpris et soignés du commencement à la fin, dans les plus parfaites conditions hygiéniques? C'est évidemment là la cause de cette différence des résultats obtenus, et rien ne montre mieux l'influence salutaire de l'exécution de cette opération en ville. (*Soc. méd. des hôp.* 12 mai.)

TRANSFUSION. Son emploi s'étend et se vulgarise comme de nouvelles observations en font foi (V. ALIÉNATION MENTALE, EMPOISONNEMENTS), mais aussi, on tend à la remplacer par des injections de toutes sortes de liquides nourriciers dans le tissu cellulaire. (V. INJECTIONS.)

Injection de lait. C'est encore ainsi qu'au sang on a substitué le lait. Le docteur Thomas n'a pas craint de l'injecter dans les veines d'une femme qui, après une ovariotomie double et des hémorrhagies utérines répétées, était tombée dans un état d'épuisement complet. La transfusion du sang

ne lui ayant pas donné de résultats favorables, dans trois cas antérieurs, il résolut d'essayer l'injection du lait, qui, paraît-il, a fréquemment réussi entre les mains du docteur Hodder dans le choléra asiatique. Huit onces et demie de lait frais et pur furent injectés dans la veine médiane basilique. Immédiatement après l'opération, aucune amélioration ne se produisit : au contraire, la température s'éleva considérablement, et le pouls arriva à 150 et 160 pulsations par minute. Mais bientôt survint une détente notable ; la malade tomba dans un profond sommeil, et les symptômes alarmants furent bientôt dissipés. Au bout de six semaines, elle était en pleine convalescence et reprenait rapidement ses forces et son embonpoint. (*Med. Times and Gazette.*)

Danger pour le transfusant. Après une transfusion faite de bras à bras, le 13 décembre, au Val-de-Grâce par M. Pingaud avec l'appareil Collin, sur un jeune blessé suppurant et mort, le 15, d'une septicémie aiguë, M. Legoff, qui avait généreusement fourni son sang, fut aussitôt pris d'accidents généraux redoutables du côté des poumons et du cœur. On put croire un moment à une pleuro-pneumonie infectieuse due en apparence au contact d'un sujet septicémique en étant soi-même dans des conditions favorables de réceptivité morbide. Heureusement les accidents formidables constatés dans la plèvre et le péricarde, et rapportés à des exsudats d'origine septique, s'évanouirent aussi rapidement qu'ils s'étaient produits, et ce jeune élève, jugé perdu la veille, était hors de danger le lendemain. On peut donc aussi bien rapporter ces accidents à une impressionnabilité morbide, lors de la saignée chez ce jeune homme déjà rhumatisant.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que ce fait se produit. Le docteur Jullien cite, dans sa thèse, deux internes des hôpitaux de Lyon, qui furent pris, immédiatement après avoir fourni leur sang, l'un de dyssenterie, l'autre de fièvre typhoïde qui régnaient alors épidémiquement dans l'hôpital.

Ces faits doivent donc mettre en garde contre le danger d'employer des instruments ou des modes opératoires exposant la veine du transfusant à une contamination quelconque. Ils montrent aussi l'urgence de s'assurer, avant d'accepter le sang d'une personne, qu'elle n'est entachée d'aucune diathèse ni prédominance morbide appréciable. Si le

transfusé peut se trouver très-mal d'un sang venant d'un organisme portant le germe d'une maladie, le transfusant peut aussi en ressentir les effets. De là, la nécessité de l'éloigner, après la saignée, de tout foyer d'infection. (*Progrès méd.*, n° 6.)

Un nouvel appareil employé depuis plusieurs années en Suisse et à l'étranger, par le docteur Roussel de Genève, semble réaliser toutes les conditions pour prévenir ces accidents. Son avantage principal est de soustraire le transfusé au contact de l'air et d'éviter la phlébite que déterminent souvent, sur la veine qui fournit le sang, l'introduction et la ligature de la canule. Il se compose d'un ballon en caoutchouc puisant le sang dans un cylindre assez large fixé d'avance sur la veine au moyen d'une ventouse spéciale. Une lancette montée sur un curseur, qui règle sa longueur et sa direction, s'adapte dans le cylindre et permet d'ouvrir la veine par ponction à coup sûr. La médiane, en avant des attaches du biceps, un peu au-dessus du pli du coude, est le siége choisi par l'auteur comme le plus fixe, le mieux soutenu et le plus éloigné de l'artère. (*Acad. de méd.*, avril.)

Études historiques, physiologiques et critiques sur la transfusion du sang, par M. Oré, professeur de physiologie à l'École de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 700 pages environ, Paris.

Il appartenait à l'inventeur des injections intra-veineuses d'élever ainsi un monument complet à la transfusion qui n'est encore qu'une injection intra-veineuse du sang. Partisan déclaré de cette méthode thérapeutique, M. Oré n'a rien laissé à dire sur son histoire, ses indications et ses résultats. Tous les faits pour ou contre se trouvent réunis ici, ils occupent environ la moitié du livre. Les divers appareils y ont aussi leur place. C'est donc l'ouvrage le plus complet aujourd'hui sur cette nouvelle méthode thérapeutique si bien en rapport avec les doctrines *anémiques* régnantes.

TRÉPANATION. Malgré les critiques dont elle a été l'objet, cette opération tend à reprendre crédit d'après les résultats qu'elle donne suivant l'époque où on la pratique. C'est en étudiant ces résultats non plus en masse mais pris

isolément, suivant les périodes et les cas où elle est faite, qu'on peut en déterminer la valeur et l'importance. (V. Fractures du crane.) Les statistiques de Blum, portant sur 925 trépanations, sont ainsi des plus concluantes en faveur du trépan tardif, surtout quant aux plaies du crâne par coup de feu. Il ne donne ainsi que 33, 90 pour 100 de mortalité, alors que celle du trépan primitif est de 55, 26 et celle du trépan secondaire de 39, 24. La proportion de la mortalité de la trépanation tardive, dans les plaies du crâne par coup de feu exclusivement, est descendue à 11, 11 seulement pour 100, alors que celle du trépan primitif s'élève à 64, 20 et celle du trépan secondaire à 42, 86. L'indication en est donc claire. (*Archiv für klin. chir.*, 1875 et 76.)

Siége. Les récentes localisations cérébrales, en fixant les centres moteurs exclusivement sur la circonvolution frontale ascendante, ont par cela même indiqué le voisinage du sillon de Rolando comme le siége de la trépanation dans les paralysies partielles, avec ou sans aphasie. Ce sillon de Rolando forme, comme on sait, la séparation du lobe frontal et du lobe pariéto-occipital. En allant de haut en bas de ce point, on trouve le centre des membres inférieurs et supérieurs, celui des muscles de la face vers la partie moyenne, et, inférieurement, celui des muscles de la bouche, de la langue et des mâchoires.

C'est en se fondant sur ces données anatomo-physiologiques que MM. Broca et Lucas-Championnière ont pu appliquer localement la trépanation avec succès dans des cas d'aphasie. (V. Cerveau.) M. Marvaud a de même obtenu depuis la guérison complète d'un blessé aphasique et paralysé du côté droit, par cette trépanation locale. Mais l'exemple le plus décisif a été observé par M. Proust, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un garçon de 19 ans, admis le 24 octobre dernier. Dans une rixe, le 8 de ce mois, il avait reçu un violent coup de sabre-baïonnette sur le côté gauche de la tête, qui avait déterminé une hémorrhagie abondante et la perte momentanée de connaissance qui se renouvela le lendemain, sans fièvre, ni céphalalgie. Ce n'est que le 20 octobre que l'embarras de la parole se manifesta avec la perte des forces de la main droite. La parésie était com-

plète à son entrée, avec hémiplégie faciale de ce côté et aphasie.

On admit, dès lors, l'existence d'une compression ou d'une irritation cérébrale correspondant avec le pariétal gauche, siége de la plaie du cuir chevelu. Le développement tardif des accidents les fit attribuer à un travail inflammatoire, provoqué par un enfoncement du crâne.

Une large incision, agrandissant la plaie, décela en effet, à M. Terrillon, un enfoncement quadrilatère d'un centimètre et demi environ d'étendue. Une couronne de trépan permit aussitôt de saisir les fragments enfoncés et d'en enlever même des esquilles. Quelques gouttes de pus et de sang s'écoulèrent.

Une amélioration immédiate, instantanée, succéda à cette opération. La paralysie brachiale diminua aussitôt notablement, ainsi que celle de la face ensuite et la perte de la parole. En quelques jours, toutes ces fonctions étaient rétablies avec la cicatrisation rapide de la plaie.

Des expériences sur le cadavre, pour préciser les points des circonvolutions atteints, ont montré, presque mathématiquement, que c'était la circonvolution pariétale ascendante gauche qui était lésée dans sa partie moyenne, lésion intéressant par contiguïté : la circonvolution frontale ascendante, les deuxième et troisième ; d'où un certain degré d'aphasie, d'hémiplégie faciale droite, et une monoplégie brachiale du même côté. Et le fait est que la disparition instantanée de ces accidents, par la cessation de la cause qui pouvait les provoquer, justifie ces inductions. (*Acad. de méd.* 28 novembre.)

Ces inductions anatomiques sont encore fortifiées par l'autopsie d'un phthisique, qui, trois jours avant sa mort, avait présenté subitement une paralysie du bras gauche, limitée aux muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras. M. Raynaud constata, comme unique lésion, un foyer de ramollissement rouge, de la dimension d'une pièce de vingt centimes, développé dans l'hémisphère droit, autour d'un tubercule méningé situé sur la *circonvolution pariétale ascendante et dans la substance grise formant le fond de la scissure de Rolando*, à cinq centimètres du bord supérieur interne de l'hémisphère. Or, ce point est précisément celui qui, chez le singe, d'après les expériences de M. Féréol, est

en rapport avec les mouvements du membre supérieur. (*Idem*, décembre.)

Indication de la trépanation des os du crâne, au point de vue de la localisation cérébrale; thèse inaugurale par Ch. Paris, chirurgien militaire, Paris. — V. Ostéo-myélite.

TUBERCULOSE. Celle des ganglions trachéo-bronchiques serait en rapport constant avec celle des poumons, d'après les nombreuses autopsies de M. Parrot, au moins chez les enfants de un à sept ans. La lésion pulmonaire peut être très-difficile à trouver; il est des cas où ses dimensions ne dépassent pas celle d'une tête d'épingle. Les altérations des ganglions, correspondant à celles des poumons quant à leur nature et leur âge, sont relativement plus étendues; elles existent souvent sur les ganglions trachéaux en même temps que sur ceux auxquels aboutissent directement les lymphatiques émanés des lobules.

On s'explique ainsi que Laennec même ait admis l'indépendance de la tuberculisation de ces ganglions d'avec celle des poumons. Tout en partageant cet avis, Rilliet et Barthez, observant spécialement sur des enfants, en ont reconnu le plus souvent la simultanéité, la coïncidence, proclamées générales par M. Bouchut.

L'adénopathie bronchique, en tant qu'affection distincte, isolée, indépendante, serait donc une erreur clinique et devrait être rayée du cadre nosologique. La preuve de leur relation, c'est que, dans la première enfance, il n'est pas de lésion pulmonaire diathésique qui ne se reflète d'une manière très-nette sur les ganglions bronchiques et réciproquement. (*Soc. de biol.*, 28 octobre.)

Carreau. La formule suivante, publiée par le docteur Lubert, d'Héricourt, est préconisée comme très-efficace et ayant donné des résultats inattendus depuis plus de soixante ans qu'elle est employée par son père et par lui.

℞	Teinture de rhubarbe	30 grammes
	Acétate de potasse liquide	8
	Vin stibié	4

10 à 20 gouttes, selon l'âge de l'enfant, trois fois par jour dans une cuillerée à café d'eau sucrée, sans autre traitement accessoire. Un état fébrile intense ou une diarrhée considé-

rable en sont les seules contre-indications. Le rachitisme, avec gonflement des articulations, n'en exclut pas l'emploi.

Ce traitement doit être continué, à dose décroissante, une ou deux semaines après la guérison. (*Gaz. méd. de Strasbourg,* décembre.)

Tuberculose miliaire aiguë. *Étiologie.* A l'appui de la doctrine toute allemande que le développement de la granulie, dans quelque organe que ce soit, coïncide toujours avec la présence d'un ou plusieurs foyers caséeux qui y donnent naissance par infection, sinon par auto-inoculation, le docteur Tuckwell, médecin de l'Infirmerie Radcliffe d'Oxford, rapporte sommairement sept observations d'enfants ou de jeunes personnes, atteintes et mortes de méningite tuberculeuse aiguë, à l'autopsie desquelles il a constamment trouvé un ou plusieurs foyers caséeux anciens dans les poumons ou ailleurs. Un huitième cas est moins probant. Il admet ainsi que, sous l'influence de causes inconnues, ce foyer infecte l'économie par auto-inoculation et qu'il en résulte une infection générale comme par l'inoculation artificielle des produits caséeux. (*Lancet,* 11 décembre 1875.)

Mais ce n'est là évidemment qu'une pétition de principe. Rien n'est moins démontré que l'inoculation du tubercule chez l'homme. On ne l'a supposée que d'après son succès chez certains animaux. Et, malgré des expériences répétées, il n'est pas encore certain, incontestable, qu'elle détermine toujours une infection générale et la mort chez ceux-ci. Le docteur Metzquer est encore revenu cette année, pour la troisième fois, contester ce fait devant l'Académie de médecine, sans que M. Villemin lui ait rien répondu. Et quand, au contraire, l'anatomie pathologique a mis hors de doute la guérison par cicatrices de foyers tuberculeux dans les poumons et ailleurs, après avoir existé des années sans infecter l'économie, n'est-on pas autorisé à mettre en doute la réalité de cette auto-inoculation? L'enkystement de ces foyers caséeux, mis en avant pour expliquer ces cas, a été plutôt supposé que démontré pour les besoins d'une doctrine qui veut trouver une cause tangible ou mécanique aux plus profonds secrets de la physiologie morbide, alors qu'on ignore encore ceux de la physiologie normale.

Tuberculose miliaire de la gorge. Les cas s'en multi-

plient à mesure que l'attention médicale a été éveillée à ce sujet par M. Isambert. (*V. année* 1875.) MM. Cornil et Bernutz en ont cité de nouveaux exemples et lui-même en a rencontré deux nouveaux cas. Le premier, chez une femme de vingt-cinq à trente ans, a présenté cette exception remarquable d'une guérison apparente, c'est-à-dire élimination des produits caséeux et cicatrisation des ulcérations tuberculeuses, sous l'influence d'attouchements journaliers avec la glycérine morphinée. Et comme les poumons n'ont présenté que consécutivement des craquements humides aux sommets, la malade reste dans un état assez satisfaisant.

Le second est une fillette de quatre ans et demi, strumeuse, qui, revenue de nourrice sans luette, à quatre ans, ne tarda pas à avoir le voile du palais couvert d'ulcérations blanchâtres et typiques sans aucun signe de tuberculose pulmonaire. Cette granulie de la gorge ne semble donc pas toujours aussi aiguë ni redoutable que celle des poumons, tant que ceux-ci restent indemnes.

Il est ainsi essentiel de bien distinguer ces lésions tuberculeuses des syphilitiques, avec lesquelles elles ont de grandes analogies, pour leur appliquer un traitement convenable. M. Isambert leur assigne les caractères différentiels suivants :

Les érosions tuberculeuses superficielles sont, au début, comme un coup d'ongle ou de râpe léger avec une très-petite perte de l'épithélium ; surface inégale, comme sablée, chagrinée. D'une teinte blanc grisâtre, irrégulièrement arrondies comme les plaques muqueuses avec lesquelles elles se confondent surtout sur le bord libre des cordes vocales. Un liseré inflammatoire les entoure, comme pour les ulcérations tuberculeuses de la langue.	Dans les plaques muqueuses, la surface est légèrement saillante et les ulcérations syphilitiques sont profondes avec une large auréole d'un rouge vif, scarlatineux, qui disparaît vite par le traitement spécifique. Ces caractères très-nets sur le voile du palais le sont moins dans le larynx.

Ces lésions sont souvent précédées de granulations grises, sous-épithéliales, avec saillie acuminée, transparente, espacées et isolées comme sur les méninges des enfants, mais se détachant sur un fond rouge. Confluentes, elles donnent lieu plus tôt aux ulcérations.	Rien de semblable dans la syphilis.

(*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 3, juillet.)

TUMEURS. *Évidement.* M. Delore appelle ainsi une modification du curage pratiqué autrefois par M. Diday et Bonnet sur les tumeurs bénignes, les ganglions indurés et les lipômes en particulier. Voici son procédé : une piqûre étant faite au centre de la tumeur avec un ténotôme, il la fragmente, aussi finement que possible, et en élimine ainsi par la pression toutes les parties liquides ou réduites en bouillie. Au besoin même, il introduit une curette coupante qui divise le tissu morbide et sert à l'extraction des parties solides. On peut même agrandir l'ouverture à cet effet. On la ferme ensuite par une serre fine et du collodion.

Employée pour la première fois en février dernier, cette opération a donné sur 12 tumeurs bénignes : adénites chroniques, lipômes, adénômes et tumeurs sébacées, les résultats suivants. L'inflammation a été nulle et la guérison complète dans 4 cas ; il y a eu inflammation, gonflement dans 4 autres cas avec résolution lente ; la suppuration a eu lieu dans les autres, bien que la guérison se soit effectuée ensuite. (*Soc. de méd. de Lyon*, juin.)

Ces résultats n'ont donc rien de bien encourageant. Outre que l'on s'expose ainsi aux hémorrhagies, on court les mêmes dangers que le traumatisme à l'air libre, car cette ouverture ne réalise aucun des avantages de la méthode sous-cutanée.

Injections d'acide tannique. V. INJECTIONS.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'Université de Berlin par R. Virchow, professeur d'anatomie, de pathologie

et de thérapeutique générales, etc.; traduit de l'allemand par M. Paul Aronssohn, T. IV, 1er fascicule de 191 pages grand in-8° avec 13 figures intercalées dans le texte. Paris, *librairie Germer Baillière.*

Depuis que l'auteur s'est rallié à la politique de convoitise et d'annexion en y donnant son concours, la publication de ses ouvrages en souffre et probablement ses leçons aussi. La preuve en est dans ce modeste fascicule de sa pathologie des *Tumeurs*, qui a seulement vu le jour depuis 1871. C'est la vingt-cinquième leçon traitant des angiômes. On y trouve classées les différentes variétés de l'angiôme caverneux, interne et externe, des tissus mous et des os; de l'angiôme simple (nævus et hémorrhoïdes); pseudo-angiômes ou fongus et l'angiôme ramifié ou varice anastomotique.

A ces différentes espèces, s'ajoutent encore l'angiôme chez les animaux et le lymphangiôme dont l'éléphantiasis est une variété.

C'est donc un véritable traité de cette lésion vasculaire, si fréquente et diversifiée, avec le diagnostic différentiel des tumeurs qui peuvent la simuler. Le traitement en est la partie la moins étendue.

Une vaste érudition en est surtout le caractère dominant. En rappelant, à l'appui de ses classifications, les faits de tous les temps et de tous les pays propres à les établir plus solidement, il forme ainsi une masse importante d'observations d'autant plus concluantes qu'elles émanent des cliniciens et des anatomo-pathologistes anciens et modernes les plus célèbres des diverses contrées. L'ouvrage est unique sous ce rapport.

Il pourrait être moins descriptif et analytique, car la plupart de ces notions sont bien acquises et connues. Plus de synthèse conviendrait sans doute, mais c'est une nécessité de l'école positiviste de ne s'appuyer que sur des faits. Point de ces vues d'ensemble qui sont le caractère des grands esprits philosophiques et magistraux.

Tumeurs cervicales des nouveau-nés. On rencontre parfois chez de jeunes enfants, sur le côté droit du cou, dans l'épaisseur du muscle sterno-mastoïdien, une tumeur dure, élastique, ovoïde, non fluctuante, peu douloureuse, si ce n'est peu de jours après la naissance, et grosse comme un

œuf de pigeon. L'inclinaison de la tête de l'enfant vers l'épaule droite avec rotation de la face vers l'épaule gauche est le premier signe qui attire ordinairement l'attention des parents, deux ou trois semaines après la naissance.

M. Blachez en a ainsi rencontré trois cas, en peu de temps, à la consultation de l'hôpital des Enfants. La peau était de couleur normale, sans adhérence avec la tumeur, et, en soulevant le menton, la tumeur avait l'aspect d'un fuseau fortement renflé. Il y avait quelques légères bosselures du muscle à sa partie moyenne, dans un cas. Immobile dans la tension du muscle, la tumeur est légèrement mobile lorsqu'il est dans le relâchement. L'inclinaison de la tête et l'impossibilité de son redressement montrent que le faisceau sternal est principalement intéressé.

Plusieurs cas semblables sont relatés par les observateurs anglais. Attribuée à la syphilis dans un cas, cette tumeur fut rattachée à une induration chronique dans les autres. La bonne santé des enfants observés par M. Blachez excluait aussi toute étiologie syphilitique. Il fallait donc en rechercher la pathogénie ailleurs.

Or, il s'assura que ces trois enfants étaient nés par le siége et il en conclut que les tractions opérées, surtout par un accoucheur maladroit, pour le dégagement de la tête, devaient être la cause de ces indurations, ou plutôt de cette myosite interstitielle. En effet, elles ne présentent pas autrement de gravité et disparaissent avec le temps, sans médication spéciale. (*Gaz. hebd.*, nº 20.)

Un enfant magnifique, indemne de tout vice syphilitique, présenta ainsi au docteur Pératé, trois semaines après sa naissance, une myosite du sterno-mastoïdien à gauche avec les mêmes caractères qu'elle présente à droite avec la tête déviée dans une position inverse.

Cet enfant était né par le sommet en première position. Le forceps avait dû être appliqué dans la période d'expulsion pour abréger un travail lent et pénible et les tractions, par des mouvements latéraux de l'instrument, avaient été assez énergiques pour tirailler le muscle sterno-mastoïdien gauche. La pathogénie reste donc la même. La résolution a eu lieu après deux mois environ. (*Idem*, nº 21.)

Tumeurs du sein. *Amputation avec le fer rouge.* Une

femme de 57 ans entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une tumeur de la mamelle diagnostiquée hypertrophique. Un développement extraordinaire des veines sous-cutanées rendait redoutables les chances d'hémorrhagie. M. Letiévant fit l'incision de la peau avec le fer rouge ; après quoi, la peau étant décollée, la tumeur fut énucléée. L'incision pratiquée par le feu présentait la forme d'une ellipse de 18 centimètres de grand diamètre et 6 centimètres dans sa plus petite dimension ; la plaie ne fournit pas de sang, bien que les vaisseaux aient été tordus. La cavité fut remplie par des bourdonnets de charpie imbibée d'eau de Pagliari. La plaie s'est rétrécie progressivement et est devenue presque linéaire. Un érysipèle survint au moment où la plaie était devenue granuleuse et marchait à la cicatrisation, par suite d'une épidémie régnant dans l'hôpital. La malade a guéri. (*Lyon médical.*)

Ligature élastique. Dans le même but d'hémostase, le docteur Lelu, d'Orbec, a employé la ligature élastique sur une tumeur encéphaloïde, du volume d'une tête d'enfant à terme et du poids de 700 à 800 grammes, chez une femme de 57 ans. Divisée en trois lobes, cette tumeur était friable, saignant facilement, laissant écouler un liquide sanieux, d'une odeur infecte, avec sphacèle du lobe moyen, mais sans ganglions dans l'aisselle.

Le 12 avril 1875, un tube en caoutchouc, gros comme une plume de corbeau, servit à cerner la tumeur à son point d'émergence. Après l'avoir tendu sept à huit fois sa longueur, les deux bouts furent réunis par un fil ciré. Dès le 16, les douleurs avaient cessé, et la section partielle du pédicule obligea de resserrer le fil et de le lier plus bas. Solution de permanganate de potasse pour arroser les parties sphacélées.

Le 25 avril, la tumeur tombe et laisse une plaie de six centimètres de diamètre environ dont la cicatrisation était complète dès le 3 juin. Le 15 octobre, la guérison s'était maintenue avec accroissement de l'embonpoint et des forces permettant à l'opérée de vaquer à ses occupations. (*Union méd.*, n° 37.)

Traité des tumeurs bénignes du sein, un volume in-8° avec planches par M. Léon Labbé et Paul Coyne. La collaboration s'explique ici par la nécessité. A mesure que la science

s'étend, elle se divise, se spécialise et un sujet quelconque ne pourra bientôt plus être traité complétement sans le concours de deux ou trois spécialistes. Il a suffi ici d'un histologiste pour montrer la différence de siége et du mode de développement des diverses tumeurs bénignes et d'un chirurgien pour en refaire le diagnostic différentiel avec les malignes. C'est la seule distinction avec l'ouvrage de Velpeau. Une autre fois, il faudra un chimiste pour analyser les liquides et peut-être un expérimentateur pour la vérification, le contrôle sur les animaux. C'est le progrès.

Est-ce à dire que ces tumeurs seront mieux distinguées à l'avenir et ne pourront plus être confondues? La recommandation suivante, faite par M. Labbé, permet d'en juger. C'est de ne pas céder, en cas de tumeur bénigne enkystée, à la tentation d'en faire seulement l'énucléation; l'amputation partielle est nécessaire, car il n'est pas rare de rencontrer, dans les portions glandulaires enlevées, des noyaux néoplasiques qui pourraient donner lieu à une récidive. La clinique ne peut donc répondre de rien, malgré l'exactitude de l'histologie et de la chimie.

Tumeurs blanches. *Ignipuncture intra-osseuse*. Au lieu de la cautérisation transcurrente cutanée, telle que la pratique M. Richet (*V. années* 1871-72), M. Kocher la fait immédiatement sur l'os de la manière suivante :

En cas d'ostéite primitive, l'extrémité articulaire est mise à découvert par une petite incision avec les précautions antiseptiques convenables. Puis il la traverse avec le trépan perforateur et y enfonce enfin un fer rouge pointu.

Depuis trois ans qu'il emploie cette méthode, ce chirurgien l'a appliquée à 13 cas, sur des os très-divers et dont l'inflammation avait résisté jusque-là à tout traitement. Une diminution très-rapide des douleurs et de la sensibilité à la pression s'en est toujours suivie sans aucun accident. La guérison définitive en est résultée, sauf une seule récidive après six mois.

Contrairement aux auteurs qui ont employé l'ignipuncture dans les périodes ultimes de l'affection et surtout pour combattre l'ostéite fongueuse, M. Kocher l'applique dès le début, dans les stades précoces, et comme moyen prophylactique. C'est donc une méthode toute différente et presque opposée; le moyen seul est le même.

C'est à la cautérisation transcurrente ou ponctuée que s'en tient le docteur Barbarin, mais en l'associant à l'immobilisation de l'article dans une gouttière plâtrée, c'est-à-dire faite avec seize à dix-huit feuilles de tarlatane taillées suivant la forme du membre et imbibée d'un mélange de plâtre et d'eau. (*Bull. de thérap.*) V. RÉSECTIONS.

Tumeurs du cordon spermatique. Signalées pour la première fois par Englisch chez les nouveau-nés, comme 10 observations en font foi. Elles se développent pendant la vie intra-utérine, car elles ont été rencontrées chez un mort-né, et de la naissance à la troisième semaine dans les autres cas. Constituées par du sang coagulé dans des veinules dilatées, ce sont des espèces d'anévrysmes veineux qui diminuent à mesure que la vie s'avance; elles sont en voie de regression dès l'âge de trois semaines. C'est donc là une simple curiosité anatomique.

On les sent, ordinairement uniques, par le toucher à travers la peau, dans la partie extra-péritonéale du cordon, d'autant plus facilement, lors de la naissance, que le canal vagino-péritonéal n'est pas oblitéré. 3 fois bilatérales, elles existaient 4 fois à droite et 3 fois à gauche. De la grosseur d'un pois, elles sont libres ou mobiles selon leur siége. Les unes se trouvent en effet près de la tête de l'épididyme, au point d'entrée des vaisseaux funiculaires dans le testicule. Ce sont les plus rares. Il n'y en a que 4 cas sur 13 exemples. Elles sont sessiles sur une large base, proéminentes et plus ou moins recouvertes du péritoine.

Les autres, situées plus haut, le long du cordon, à l'intérieur ou à l'extérieur du canal inguinal, sont pédiculées et le plus souvent libres et mobiles, n'étant que rarement recouvertes par le péritoine.

Tandis que les premières sont logées au milieu des éléments du cordon, les secondes y sont seulement adjacentes, quoique formées, les unes et les autres, par des veinules dilatées, des diverticulums ampuliformes remplis de sang coagulé. Mais l'enveloppe des premières se confond avec les parois de la veine, tandis que celle des secondes est cellulaire et plus lâche. De là leur différence de mobilité.

Le diagnostic des secondes est le plus facile. On les fait glisser dans tous les sens, excepté en bas. Les premières, au

contraire, semblent des prolongements de l'épididyme; ce n'est que par la comparaison avec le côté opposé, si la tumeur est unilatérale, que le diagnostic s'établit. (*Stricker's Jahrb.* 1875.)

Tumeurs ovariques. *Nouveau signe.* La percussion locale a été employée, à cet effet, par le professeur Baccelli de Rome. En se couchant dans le lit sur l'un et l'autre côté alternativement, la malade doit s'incliner de telle sorte que le diamètre bi-scapulaire fasse un angle obtus avec le plan horizontal du lit. On percute alors la face externe de l'os iliaque avec force et de préférence avec le marteau et le plessimètre sur les deux points homologues. Le point le plus favorable, à cet effet, est un peu au-dessous du centre d'une ligne allant du bord supérieur et postérieur de l'iliaque au bord supérieur de la cavité cotyloïde, c'est-à-dire à cinq ou six centimètres au-dessous de la crête de l'iliaque.

Dans les conditions physiologiques, on obtient un son clair, profondément tympanique, par suite de la présence de l'intestin grêle; mais, si une tumeur de l'ovaire se développe, elle repousse les anses intestinales, le son devient obscur; la matité dépend du volume, de l'épaisseur du tissu, du contenu.

L'ovarite, quand elle existe, peut se diagnostiquer par la douleur provoquée par la percussion. (*Lo Sperimentale.*)

Tumeur de la vessie. *Taille latéralisée.* Chez un garçon de 17 ans, que Gussenbauer croyait atteint d'un calcul, Billroth rectifia ce diagnostic. C'était une tumeur qu'il n'hésita pas à extraire par la taille latéralisée, malgré les préceptes contraires de l'art. L'exemple de Desault, taillant un calculeux à l'Hôtel-Dieu et sentant, en portant le doigt dans la vessie, une tumeur fongueuse qu'il saisit aussitôt avec des tenettes et arracha, est unique dans ce genre, et Desault avait l'excuse de la nécessité. La guérison de l'opéré ne justifie donc pas la tentative audacieuse du chirurgien allemand.

Le doigt introduit dans la vessie rencontra une tumeur inégale, de la grosseur du poing, s'étendant de la face postérieure de la cavité au sommet de l'organe. L'incision périnéale étant insuffisante pour l'extraire, il fallut agrandir l'ouverture par une incision sus-pubienne divisant les mus-

cles droits à leur insertion. La base de la tumeur put ainsi être déchirée avec les doigts et une ligature fut placée pour arrêter l'hémorrhagie. Il fallut ensuite détruire les adhérences à la vessie et ce n'est qu'après une laborieuse dissection, et en renversant les parois de la vessie en dedans, que cette extraction difficile put être menée à bonne fin. Deux artères durent être liées. L'ouverture vésicale supérieure fut seule fermée, sauf la place d'un drain venant sortir par l'ouverture périnéale qui fut maintenu. Il n'y eut pas d'accidents ultérieurs, et, un mois après, la guérison était complète, mais la nature mixte de la tumeur, *myosarcome* et *myocarcinome*, doit faire redouter une prompte récidive. Ce prétendu succès ne justifie donc pas la pratique d'une telle opération qui est plutôt de la vivisection expérimentale que de la chirurgie rationnelle. (*British med. journal*, oct. 1875.)

TYMPAN. *Perforation.* Au lieu de l'instrument tranchant, M. J. Symrock a recours au caustique. C'est la cautérisation substituée à l'incision. L'extrémité d'un stylet étant entourée de ouate, il l'imbibe d'une quantité très-minime d'acide sulfurique et la met en contact avec le tympan. En appuyant légèrement, une ouverture de la membrane se produit instantanément.

D'après l'auteur, qui l'a employé 17 fois, ce procédé est sans danger et moins douloureux que l'incision. La partie cautérisée s'anesthésie et ne tarde pas à s'escharifier et à se détacher. L'ouverture ainsi déterminée est plus persistante que l'incision. Elle n'a jamais duré moins d'un mois et persistait encore quatre mois après dans 8 cas. (*New-York med. Record*, 1875.)

U

ULCÈRES. *Courants continus.* Au lieu des feuilles de plomb employées en Belgique dans le pansement des plaies des ulcères atoniques, Golding Bird s'est assuré que des plaques métalliques différentes, réunies par un fil métallique, déterminent un courant électrique stimulant qui provoque un afflux sanguin et une réparation rapide que les autres stimulants sont impuissants à déterminer. L'appli-

cation d'une plaque de zinc donne lieu, avec le chlorure de sodium contenu dans les liquides de la plaie, à du chlorure de zinc dont l'action escharotique peut être utilisée avec d'autant plus d'avantage qu'elle n'est pas douloureuse, contrairement au chlorure de zinc employé comme caustique.

De deux plaques inertes, la plaque positive donne une action plus marquée.

On obtient les mêmes effets avec les courants d'une pile électrique extérieure au malade, en employant des électrodes d'argent et un électrode en zinc du côté positif. La direction du courant est sans importance, l'influence nerveuse n'ayant pas d'action sur les effets électro-chimiques locaux. (*Guy's hospitals reports.*)

Ces applications ne conviendraient donc qu'aux ulcères atoniques, avec ou sans bourgeonnement exubérant. Ceux à bords calleux, engorgés, avec cercle rouge enflammé, ne pourraient que s'en trouver mal; les déplétions sanguines par mouchetures, piqûres ou incisions, leur conviennent bien mieux.

Bande d'Esmarch. En l'appliquant une fois par jour sur la jambe d'une femme de 85 ans, qui portait depuis 15 ans, au-dessus de la malléole interne, un ulcère atonique de deux pouces de diamètre qui avait résisté à tous les traitements, M. Turney en obtint rapidement la cicatrisation. La bande restait appliquée pendant dix à quinze minutes, c'est-à-dire tant que la malade pouvait l'endurer en vaquant à ses occupations. L'épidermisation se forma sur les bords, puis au centre, et la guérison fut complète en un mois. Elle persistait encore deux ans après, malgré un eczéma consécutif très-intense.

Appliqué dans 6 autres cas, ce moyen a donné 5 guérisons complètes et permanentes ; la sixième était encore incomplète. L'auteur attribue ces heureux résultats aux modifications profondes apportées dans la circulation locale. (*The practitionner*, mai.)

Ulcère perforant de la vessie. Un ouvrier mécanicien s'apprêtait à lever une lourde barre de fer, le 14 octobre 1875, lorsque, dans l'effort fait pour se relever, il éprouva soudainement une si vive douleur dans le bas-ventre, qu'il

la laissa retomber et ne put continuer son travail. Elle persista malgré les soins pendant la nuit, et le lendemain matin il ne put uriner.

Admis à l'hôpital de Birmingham le surlendemain matin, ce malade présente tous les signes d'une péritonite, et, malgré quelques grammes d'urine retirés par le cathétérisme, M. Bartleet porte un diagnostic grave. La douleur diminue, mais le malade s'affaiblit et se refroidit; ventre distendu et tympanique, vomissements continuels; pouls à 120; mort le 22.

A l'autopsie, la paroi abdominale adhère à l'épiploon, gonflé et injecté, qui recouvre les intestins adhérents et entourés de lymphe dans le bassin, le rectum y compris et les tissus voisins. Le péritoine pariétal est rouge, injecté et recouvert de lymphe. Sur la paroi supérieure de la vessie existe une perforation circulaire de quinze millimètres de diamètre, à bords découpés, qui rend compte des accidents. L'ouverture de la vessie montre, en effet, outre l'épaississement de ses parois, un ulcère situé en arrière, à deux centimètres du sommet et sur la ligne médiane. Les bords en sont très-distinctement taillés, et la perte de substance semble avoir été faite à l'emporte-pièce.

Il y avait donc là un ulcère latent qui a parcouru toutes ses périodes sans provoquer aucun symptôme, et en permettant au malade de travailler. L'inflammation péritonéale en résultant avait provoqué sans doute des adhérences entre l'iléon et les parois de la vessie avant la perforation complète. Leur rupture a déterminé les accidents et la mort. (*Lancet*, n° 6, février.)

Ulcérations du col de l'utérus. Ce que l'on appelle ainsi n'est pas du tout une ulcération, suivant M. Wing, médecin de l'hôpital des femmes de New-York, mais tout simplement le résultat de l'écoulement catarrhal, de l'endométrite si fréquente, comme l'excoriation de la lèvre supérieure est le résultat de l'écoulement d'un coryza aigu pour qui ne se mouche ou ne place un corps gras pour protéger la peau.

Une seconde cause peut encore déterminer ces ulcérations, c'est l'éversion des lèvres du museau de tanche par suite de leur rupture, leur déchirure pendant l'accouchement et leur gonflement hypertrophique consécutif, comme

dans l'ectropion. De là la contre-indication de traiter uniformément ces ulcérations par les cautérisations répétées, comme si elles étaient idiopathiques et de mauvaise nature. Tarir l'écoulement en en détruisant la cause, ou du moins en absorber les produits par un pansement convenable, est pour l'auteur le meilleur traitement. (*Norfolk med. soc.*, 11 janvier, et *Boston med. and surg. journ.*, n° 11.)

En admettant que ces deux causes puissent déterminer des érosions, des exulcérations accidentelles, passagères, comme dans le coryza, ce ne sont pas là les ulcérations rebelles que les praticiens rencontrent assez souvent, et résultant parfois d'un engorgement ou d'un abaissement de l'organe. Des observations cliniques, ou du moins les caractères différentiels de ces ulcérations, devaient donc être fournies à l'appui, ce que l'auteur n'a pas fait dans sa communication qui a ainsi l'apparence d'un système conçu *à priori*.

Un signe fréquent de leur existence chez les femmes qui ont eu des enfants est, suivant le docteur Halton, l'engourdissement d'un membre inférieur, ordinairement le gauche, avec fourmillements commençant dans la cuisse et s'étendant le long de la jambe. Le bras du même côté n'est que très-rarement pris de même. Il coïncide souvent avec une douleur à la pression dans la région ovarienne du côté affecté. Le spéculum révèle ordinairement, dans ce cas, des exulcérations du col, et ces douleurs en sont si bien l'effet qu'elles disparaissent avec la guérison de ces ulcérations. (*Dublin journ. of med. sciences*, juin.)

Acide chromique. Employé par M. Kœberlé de préférence à tous les caustiques usités contre les ulcérations granuleuses du col de l'utérus et même les épithéliomas : le nitrate d'argent et l'iode, en raison de leur impuissance, au nitrate acide de mercure à cause de sa diffusion, ainsi que du cautère actuel qui favorise des cicatrices vicieuses. Il cautérise sans fuser, et il n'y a pas ainsi nécessité de revoir la malade, qui, six à sept semaines après, est guérie comme par enchantement. Sur plus de 1000 cautérisations faites ainsi depuis six ans, le résultat a toujours été excellent.

Son action toxique profonde et ses effets rapides obligent cependant aux plus grandes précautions. Il faut l'employer en cristaux, en quantité très-mesurée, car, en absorbant les

liquides des tissus par son extrême hygrométricité, il développe du calorique, comme l'acide sulfurique anhydre, et les parties se mettent en ébullition pour ainsi dire. Il suffit donc d'en porter quelques petits cristaux sur un tampon de charpie avec une pince à travers le spéculum sur les parties dénudées. Après l'avoir tenu appliqué quelques instants, on change ce tampon de place jusqu'à cautérisation complète, jusque dans la cavité du col.

Un certain temps est ainsi nécessaire pour ces cautérisations minutieuses. Il faut éviter surtout de trop charger le tampon de cristaux, car l'acide ne doit toucher que les parties ulcérées. Il faut même s'y reprendre à deux ou trois fois si elles ont plus de deux centimètres d'étendue, l'absorption de l'acide toxique ne tardant pas autrement à produire des vomissements. Il est essentiel ainsi, pour éviter l'imbibition des tissus et un empoisonnement consécutif, de bien lotionner les parties cautérisées avec un tampon de coton imbibé d'eau fraîche à plusieurs reprises, jusqu'à ce que l'eau ne se colore plus en jaune, avant de retirer le spéculum. Un tampon à demeure est ensuite placé. La cautérisation obtenue a une épaisseur de trois à quatre millimètres.

Malgré ces précautions, des vomissements bilieux surviennent ordinairement après, dans un temps plus ou moins rapproché, suivant l'intensité et l'étendue de la cautérisation. Il y a même de la diarrhée parfois. Après sept heures, on peut renvoyer les malades avec sécurité, même à de grandes distances, en prescrivant deux injections détersives par jour.

Aucun travail appréciable n'a lieu pendant le premier jour au siége de la cautérisation, les sécrétions n'augmentent que du deuxième au septième. L'eschare se détache du dixième au quinzième et la cicatrisation définitive s'opère ensuite jusqu'à la cinquième ou sixième semaine, où elle est complète.

Ce n'est que dans les cas d'altération profonde des tissus qu'une ou deux autres cautérisations sont exceptionnellement nécessaires. (*Gaz. méd. de Strasb.*, septembre.)

Il est évident que si ce caustique a des avantages, son emploi n'est pas sans inconvénients, ni de graves dangers même, ce qui doit le faire restreindre aux cas rebelles.

Ulcères du duodénum. V. DUODÉNUM.

URÉMIE. Son étiologie serait intimement liée aux affections du foie, suivant le docteur Whitla. Acceptant la théorie de Murchison : que le foie est chargé de réduire en urée la plupart des matières albuminoïdes charriées par le sang, de manière à les rendre facilement éliminables par les reins, il s'ensuit que l'urée ne se forme plus dès que le foie est malade et que les matériaux en suspension dans le sang ne peuvent plus filtrer par les reins. Tout désordre du foie entraînerait ainsi une urémie sans lésion appréciable du rein. Les convulsions, la somnolence qui s'observent dans la plupart des maladies chroniques du foie : la cirrhose, l'ictère grave, les abcès même, et le cancer hépathique n'auraient pas d'autre cause. L'urémie des scarlatineux en dépendrait aussi, car le sang charriant en proportion énorme les matériaux albuminoïdes résultant de la desquamation épithéliale des muqueuses, des tubes du rein et de l'exfoliation endothéliale des artères, l'urémie en résulterait par l'impossibilité pour le foie de les convertir en urée.

Il y aurait même une urémie hépathique initiale dans l'hépatite aiguë. Au dixième jour d'une dyspnée extrême dont l'auscultation ne rendait pas compte, un homme de 39 ans fut pris brusquement de coma alternant avec des accès convulsifs qui se répétèrent jusqu'à la mort, sans urines albumineuses. L'autopsie montra l'intégrité absolue des poumons, du cœur et des reins, même au microscope. Seul le foie était gros et manifestement dégénéré, les cellules imprégnées de vésicules adipeuses.

L'apparition de la leucine et de la tyrosine dans l'urine, en remplacement de l'urée, serait un signe de cette insuffisance des combustions interstitielles résultant de troubles hépatiques. A la suite de l'émission d'urines albumineuses, presque sans desquamation épithéliale, un homme de 55 ans est pris de frissons avec colique hépatique et augmentation du foie. Immédiatement l'urée est remplacée par la leucine et la tyrosine dans l'urine. (*The Dublin journ. of med. sciences*, février.)

On peut juger si ces faits justifient la théorie que l'on veut en tirer, mais ils sont en contradiction avec l'obser-

vation générale et celle de Strumpell en particulier. Il a, en effet, constaté l'urémie comme complication de la maladie de Bright, 18 fois sur 54 cas à forme aiguë et 32 fois sur 117 à forme chronique, soit presque le tiers, sans qu'il soit question de troubles ou de désordres hépatiques concomittants. C'est de 20 à 40 ans que cette complication s'est montrée plus fréquente, mais elle a été plus grave après 50 ans. Elle existait 17 fois dans les 52 décès constatés, soit encore dans le tiers des cas.

L'uniformité de la température est un signe rassurant sur cette complication; son élévation ou son abaissement est très-grave, au contraire, surtout s'il n'y a ni sueurs ni frissons. (*Archiv. der Heilkunde.*)

URÉTHROTOMIE. V. Rétrécissements.

URINES. *Fermentation ammoniacale.* Celle-ci ne serait pas due exclusivement, comme le veut M. Pasteur, au petit ferment ammoniacal de l'urée découvert par M. Van Tieghem. M. Musculus (de Strasbourg) a retiré des urines rendues par des malades, atteints de catarrhe de la vessie, une matière précipitable par l'alcool, mais soluble dans l'eau, et qui transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque. Cette matière serait l'unique cause de la fermentation ammoniacale de l'urine, c'est-à-dire que le mucus de la vessie agirait comme ferment; ce qui est assez généralement admis par les médecins.

Mais les recherches consécutives de M. Pasteur, tout en confirmant l'existence de ce ferment soluble et son action sur l'urine, détruisent cette interprétation. Ce ne serait là, pour lui, qu'une production du ferment organisé de l'urée. On aurait donc le premier exemple d'un produit ayant les mêmes propriétés fermentescibles que l'être microscopique qui l'a engendré. L'acide borique ayant le pouvoir d'empêcher le développement de ce petit organisme, il sera facile de voir, en l'employant dans le catarrhe de la vessie, si les urines deviennent encore ou non ammoniacales. Cette épreuve clinique serait le meilleur critérium de ces recherches microscopiques qui se contredisent d'un jour à l'autre.

C'est ainsi que de nouvelles observations du docteur Bastian infirment la cause exclusive du ferment dans la décom-

position des urines. Il a constaté, par de nombreuses expériences, que de l'urine, rendue stérile par l'ébullition à 122° Far. (50° centigrades) et mise ensuite à l'abri de l'air, devenait fertile en deux ou trois jours en la saturant par la potasse sans autre contamination, et en l'exposant de nouveau à une température élevée. L'action de l'oxygène a été aussi rendue évidente sur cette fermentation en faisant agir, dans l'urine stérile, un courant électrique au moyen d'électrodes en platine. Sous ces diverses influences, l'urine fut remplie de bactéries en sept à douze heures, c'est-à-dire dans un temps plus court que celui qui est nécessaire à l'air, même pendant l'été, pour faire fermenter l'urine normale.

Voici la réponse de M. Pasteur. C'est d'employer de la potasse solide, préalablement portée au rouge ou seulement à 110 degrés, au lieu d'une dissolution aqueuse, à moins de faire chauffer celle-ci à 110 degrés au lieu de 100. L'urine, dans ce dernier cas, n'a même pas besoin d'être bouillie. Elle restera absolument stérile, dans ces conditions, de même qu'en y laissant tomber un morceau de potasse solide lorsqu'elle a été recueillie, avec les précautions voulues, absolument normale, sortant de la vessie. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Dans un cas de compression de la moelle au niveau de la sixième dorsale, rapporté par M. Couty, les urines furent alcalines, pendant cinq mois que dura la maladie, avec précipité blanchâtre très-abondant de phosphates ammoniacaux magnésiens et urates d'ammoniaque. Les urines devinrent acides durant une pleurésie hémorrhagique gauche intercurrente, qui fut ponctionnée et suivie d'une thrombose de la veine iliaque gauche. La pleurésie disparut et, la paraplégie persistant, les urines redevinrent alcalines. (*Soc. de biol.*, juillet.)

Urines des nouveau-nés. Il résulte des études de MM. Parrot et A. Robin que le nouveau-né urine quatre fois plus qu'un adulte relativement à son poids. Une réaction neutre est un signe de santé ; l'acidité indique, au contraire, le jeûne ou un état pathologique. L'urée, de 3 gr.03 par litre à la naissance, soit 80 centigrammes par kilogr. du poids d'un enfant immédiatement après la naissance, n'est plus que de 90 centigrammes par litre, du onzième au

trentième jour, soit 23 centigrammes par kilogramme de son poids. L'âge, le poids et la température influent ainsi notablement sur la quantité d'urée. Il en faut donc tenir compte.

Au contraire, il y a un rapport constant entre la quantité d'urée avec la couleur et la réaction de l'urine, de manière à pouvoir juger de la première par ces deux derniers signes.

On y trouve des traces d'acide urique, surtout aussitôt après la naissance, de l'acide hippurique et de l'allantoïne, mais jamais d'albumine.

Quoiqu'il absorbe, en vingt-quatre heures et par kilogramme de son poids, deux fois plus d'azote que l'adulte, le nouveau-né en rend six fois moins, tout en en fixant au moins autant. Il brûle donc moins, tout en absorbant plus de combustible et autant de comburant. Cet excès de l'assimilation sur la désassimilation, expérimentalement démontré, est en rapport avec l'augmentation journalière du poids à laquelle l'oxygène doit contribuer.

Toute modification dans ces caractères de l'urine du nouveau-né, surtout si elle est profonde et durable, peut faire diagnostiquer ou une irrégularité dans l'alimentation, trop d'intervalle entre les tétées, ou un état morbide. L'œdème, la diarrhée, sont particulièrement à redouter comme résultant d'une lésion de nutrition. (*Acad. des sciences*, 3 janvier, et *Arch. de méd.*, février et mars.)

En confirmation de ces recherches, le docteur Bull, de Worcester, ayant eu à cathétériser une petite fille née avec un spina bifida communiquant avec le canal rachidien, et dont la ponction et la compression amenèrent la paralysie de la vessie, recueillit, du quatrième au treizième jour, 157 drachmes et demie (630 grammes) en 127 heures, soit 5 grammes environ par heure, soit trois fois seulement plus que l'adulte relativement à son poids. Le premier cathétérisme, pratiqué 24 heures après que l'enfant n'avait rien rendu et alors que l'abdomen était tendu et proéminent, donna 88 grammes d'une urine très-colorée contenant de l'acide urique et de l'albumine avec des débris épithéliaux. L'albumine persista le lendemain et le surlendemain, tout en diminuant graduellement. C'était donc bien là un signe de l'état morbide qui existait. (*Boston med. and surg. journal*, n° 3, juillet.)

Les résultats contradictoires de MM. Martin et Ruge montrent les variations de ces données et leur peu d'utilité pratique. De 24 nouveau-nés, dont seize nés à terme et huit pendant le neuvième mois, huit seulement urinèrent pour la première fois vingt-quatre heures après la naissance, — il n'est pas dit si ce sont ceux nés avant terme, — et trois urinèrent deux fois en abondance pendant ce temps. D'un jaune intense pendant les trois premiers jours, elle devient plus pâle ensuite en augmentant de quantité et en diminuant de gravité spécifique. L'albumine fut fréquemment constatée du premier au huitième jour, en diminuant graduellement, pour disparaître alors. On la trouve ainsi toujours dans l'urine des mort-nés, ce que les auteurs considèrent à tort comme un signe de mort ou un résultat de l'obstruction du cordon pendant l'accouchement. On trouve même des tubes hyalins avec l'albumine, chez les nouveau-nés vivants. Quatorze en présentaient ainsi avec différentes sortes d'épithélium. La matière colorante de la bile ne fut jamais rencontrée, même chez les enfants ictériques. (*Zeitschr. für Geburt.* 1875.)

Les auteurs allemands concluent de ces résultats, que les reins des nouveau-nés ne sont pas dans un état normal, quoique ces apparences morbides disparaissent rapidement après la naissance. Comme si le méconium que rendent les mêmes nouveau-nés était un signe d'altération intestinale.

Urines dans l'atrepsie des nouveau-nés. V. ATREPSIE.

Urines ictériques. MM. Feltz et Ritter se sont assurés, par de nouvelles expériences, que les sels biliaires apparaissent dans l'urine à la suite de certains empoisonnements lents. Le poison, en s'éliminant par le foie, paraît ainsi déterminer l'expulsion de sels biliaires dans les matières excrémentitielles. La présence de ces sels dans l'urine implique nécessairement la contamination du sang. *V. ce mot.*

Réactif de la matière colorante de la bile. Un moyen simple de la déceler est, suivant Rosenbach, de passer l'urine sur un filtre de papier blanc, et, quand le filtre est sec, de verser au centre une goutte d'acide nitrique. On voit apparaître des zones concentriques vertes, bleues, violettes, jaunes, comme dans la réaction de Gmelin. (*Centralbl. fur die medic. Wissensch.* n° 1.)

URTICAIRE HYDATIQUE. Éruption passagère déterminée par l'épanchement d'un liquide hydatique dans une séreuse, le péritoine en particulier. John Finsen paraît être le premier qui ait entrevu cette coïncidence durant sa pratique en Islande, où les kystes hydatiques du foie sont très-fréquents. Dans six cas observés par lui, où du liquide s'épancha dans l'abdomen, il survint une urticaire aiguë généralisée immédiatement après l'ouverture du kyste, et deux fois la mort en résulta. (*Archiv. de méd.*, t. XII, 6e série.)

Ce fait curieux s'est répété assez fréquemment depuis que l'on pratique la ponction capillaire. Il y en a ainsi quatre exemples dans le livre de M. Dieulafoy ; M. Damaschino en a observé deux, ainsi que d'autres jeunes médecins, à la suite de cette ponction. Dans sa thèse inaugurale sur ce sujet, M. Feytaud a pu en réunir 15 observations. (*Paris*, 1875.) Nul doute qu'elles ne se multiplient beaucoup plus, maintenant que l'attention est appelée sur ce sujet. Dans un cas de tumeur douteuse de l'abdomen, chez un enfant de 7 ans, et qui donna issue, par la ponction, à un liquide hydatique abondant, M. Archambault observa, dès le lendemain, des plaques d'urticaire avec fièvre qui témoignaient de l'épanchement d'une faible quantité du liquide dans le péritoine, malgré sa précaution de l'expulser en entier. (*Union méd.* nos 7 et 9, janvier.)

Il est ainsi démontré, suivant M. Feytaud, que l'urticaire apparaissant après la ponction d'un kyste hydatique est due à la pénétration du liquide dans le péritoine. Un cas tend même à faire admettre qu'il en est ainsi pour la plèvre. Cet épanchement en est la condition *sine qua non*, et, lorsque l'urticaire apparaît coïncidemment avec l'existence d'un kyste hydatique, elle est un signe certain de sa rupture et de son épanchement. Elle en révèle même la nature dans le cas de tumeur douteuse. Ce liquide irritant à peine les séreuses, il n'y a pas à en redouter de suites graves.

On a objecté que l'urticaire avait paru une fois avant la ponction (*Labbé*) et qu'il paraissait fréquemment dans les diverses affections de l'appareil gastro-hépatique, de même que dans d'autres cas chez les hystériques. (*Soc. méd. des hôpitaux.*) Mais ces faits ne détruisent pas la remarquable coïncidence de l'apparition de l'urticaire avec l'issue du liquide hydatique dans le péritoine.

UTÉRUS. *Température.* La question de savoir si l'élévation de celle-ci est indépendante de sa gravidité ou de la maladie, comme le prétend Schlesinger (V. *année* 1875), reste toujours irrésolue, sinon insoluble. On ne peut même pas assurer qu'elle dépende du fœtus, comme le soutient Cohnstein, car ce n'est pas en mesurant la température rectale ou buccale de l'enfant ni celle de l'utérus, pendant le travail de l'accouchement, que l'on peut rationnellement en juger. La contraction musculaire produisant de la chaleur, elle doit être augmentée pendant le travail. On peut même se demander si celle de l'enfant n'en est pas augmentée. Or les 18 observations de Fehling, recueillies à la clinique obstétricale de Leipzig, n'ont pas d'autre base. Dans 12 accouchements d'enfants morts depuis plusieurs jours, la température utérine était inférieure ou égale à celle du vagin, et, dans 4 accouchements où elle était supérieure de 15 à 30 centièmes, les enfants étaient vivants. Mais que conclure de là quand, dans le cas d'un enfant macéré, la température utérine était supérieure de 2 dixièmes à celle du vagin et de 1 dixième dans le dernier cas où la mère ne sentait plus de battements depuis quatorze jours et que l'enfant vint mort ?

C'est en mesurant la température du rectum de l'enfant, comme Wurster, dans les présentations du siége, ou de la bouche dans celles de la face, que Alexeef, assistant à la clinique obstétricale de l'Université de Moscou, prétend résoudre la température de l'enfant dans l'utérus. Dans 4 cas, il a trouvé celle du rectum de 0°,7 à 1°,3 supérieure à celle du vagin de la mère et celle de la bouche de 3 à 7 dixièmes seulement. (*Archiv fur Gynœkol.* septembre.) Est-ce pendant l'accouchement, alors que le vagin entr'ouvert est exposé à l'air, aux attouchements et dans un véritable état morbide, qu'il est rationnellement permis de faire ces comparaisons ? Il n'y a rien que de logique à admettre que la température rectale et buccale de l'enfant soit plus élevée que les parties maternelles, puisqu'il en est ainsi chez l'adulte, mais il y a loin de là à constater la température de l'utérus et à en faire un signe de grossesse ou de mort du fœtus.

Amputation. Un nouveau succès remarquable de sa résection totale avec toutes ses dépendances a été obtenu par le docteur Gilman Kimball, de Lowell, près Boston,

sur une femme forte et très-bien portante de 36 ans. Réglée à 14, mariée à 29, le 9 janvier 1869, elle accoucha le 9 octobre suivant, c'est-à-dire 9 mois après, jour pour jour, et continua à jouir d'une excellente santé lorsque, en avril 1874, elle perçut une grosseur comme une noisette, dans la région inguinale gauche, qui augmenta assez rapidement, au point qu'au mois de septembre suivant, son médecin diagnostiqua un kyste de l'ovaire. La tumeur était arrondie, de cinq pouces de diamètre environ, située à gauche et en bas de l'abdomen, mobile et plus inclinée à gauche qu'à droite. Vagin normal, utérus tendant au prolapsus, peu mobile et antéversé. La profondeur de l'utérus ne fut pas déterminée par la difficulté extrême d'introduire la sonde dans le col.

Quatre hommes de l'art, successivement consultés, diagnostiquèrent un kyste de l'ovaire. Une ponction fut même pratiquée, le 22 septembre 1875, par le docteur Porter, à l'hôpital du Massachusetts, et donna issue à 15 quarts et demi de sérum d'un jaune pâle.

L'opération faite à domicile, le 5 janvier 1876, montra, au contraire, une tumeur charnue d'une couleur noirâtre, dont on retira une grande quantité, soit 20 livres, d'un liquide jaune-paille. Elle adhérait intimement à la paroi antérieure de l'abdomen. Mais, lorsque celle-ci fut attirée dehors, le bassin était encore rempli d'une masse fibreuse formant la partie inférieure du sac et à laquelle il adhérait sans pédicule. C'était l'utérus dont la tumeur était seulement une prolongation à la partie antéro-supérieure. Les deux ovaires contenaient plusieurs petits kystes dans leur substance.

Pour l'enlèvement de cette masse, le ligament large fut d'abord perforé à gauche de l'ovaire, puis lié. La section des tissus intermédiaires à la tumeur donna lieu à une hémorrhagie considérable qui fut réprimée par la ligature. L'écraseur fut dès lors passé sous la tumeur comprenant les ligaments larges et ronds et la partie supérieure du vagin. Ainsi étreinte et serrée fortement, la masse fut enlevée avec le bistouri, la ligature de l'écraseur laissée en place et le moignon traversé en dehors de la ligature avec des aiguilles courbes pour le maintenir plus sûrement. La toilette faite et les sutures placées, tout était terminé en une heure.

Aucune complication sérieuse n'entrava la guérison, et, dès le 1er mars, l'opérée avait repris ses occupations.

La pièce anatomique, du poids de cinq livres et consistant dans une tumeur fibro-kystique de l'utérus, avec l'utérus lui-même, les ligaments suspenseurs et les ovaires, fut présentée à la Société médicale du Massachusetts et déposée au Musée de l'Université. (*Boston med. and surg. journal*, n° 2, juillet.)

Examen médico-légal. L'identité du cadavre de Harriett Lane, grossièrement mutilé et divisé en dix parties, ne pouvait se résoudre que par l'état de l'utérus. Cette femme ayant eu deux enfants, il s'agissait de reconnaître si l'utérus, retrouvé un an environ après l'assassinat, pouvait présenter les caractères de multiparité. La question, portée devant les journaux anglais, a été résolue contradictoirement par les experts. Affirmative pour MM. Bond et Larkin, elle était négative pour M. Meadows, gynécologiste autorisé. Portée à la Société obstétricale de Londres par M. Braxton-Hicks, cette question : *Est-il possible d'affirmer à l'inspection de l'utérus post-mortem qu'il a été gravide ou non?* la négative a rallié la plupart des membres.

Le volume et les diamètres sont si variables aux différents âges, et d'après certaines conditions de santé ou de maladie, qu'il est impossible d'obtenir aucune donnée certaine à cet égard. Il n'y a aucun signe pathognomonique, dit M. Barnes, mais la forme arrondie du fond de l'utérus qui a été gravide, lorsqu'elle se joint à l'augmentation du volume de l'organe et à certains caractères du col, peut donner de grandes présomptions. Le plus ou moins de convexité des parois et la distance qui sépare l'insertion des tubes de Fallope seraient un caractère négatif. Au contraire, l'état des sinus utérins du côté placentaire, qui se remplissent de caillots organisés persistant jusqu'à six mois après l'accouchement, est un bon signe affirmatif, d'après M. Williams. Les vaisseaux des parois de l'utérus se présentent en outre sous la forme de petits tubes visibles à l'œil nu, leur tunique est épaissie, jaunâtre et le tissu de l'utérus est plus ou moins déchiqueté. Ces caractères, qu'aucune affection utérine ne peut produire, ont pu être constatés quinze mois après l'accouchement.

L'état de dessiccation de l'organe ne permettant pas d'en étudier la forme, les dimensions ni la structure, M. Hicks

l'a fait placer dans une solution désinfectante où il a repris assez rapidement sa forme primitive. Six expériences sur des utérus desséchés lui ont montré que cet organe ne subissait pas de changement notable par l'imbibition consécutive. Cette expérience pourrait donc avoir une utilité pratique en médecine légale pour le cœur, le cerveau et d'autres débris humains. Mais quant à la question spéciale, elle reste à l'étude. (*Obstetrical society*, mars.)

Emploi de la galvano caustique. La difficulté de porter l'anse métallique avec le doigt sur le col utérin, lorsqu'il s'agit d'en faire l'amputation avec la galvano caustique, a conduit le docteur Ruggi à faire fabriquer une fourchette à deux branches en ivoire montée sur une longue tige coudée près de son manche. Ces branches, obtuses à leur extrémité, sont perforées, l'une étant plus longue que l'autre. L'anse métallique, placée entre elles, y est fixée par un fil de chanvre qui passe par les trous des branches. Elle est ainsi portée facilement et maintenue sur le col jusqu'à ce que son incandescence, en brûlant le fil, permette de retirer aisément la fourchette. (*La Salute*, n° 23, novembre.)

Enlèvement du mucus. L'extrême difficulté de déterger l'orifice utérin et d'enlever complétement le mucus adhérent, visqueux et tenace, caractéristique de certaines formes de catarrhe, a été vaincue par un moyen très-simple, dû au professeur Pajot. C'est de tremper un pinceau de charpie dans du jaune d'œuf cru et frais, mélanger quelques secondes avec le mucus, lancer une fois ou deux de l'eau dans le spéculum en continuant à agiter doucement le pinceau. Après avoir fait écouler le liquide, sécher le col. Il est alors si parfaitement *mouché* qu'il apparaît débarrassé de toute sécrétion. (*Ann. de gynécologie.*)

V

VACCINE. *Ulcérations consécutives.* Depuis que la syphilis vaccinale est venue jeter l'épouvante dans les esprits, toute ulcération consécutive paraît suspecte. C'est ainsi que M. A. Guérin, en voyant chez un enfant de sept semaines,

à la place des trois piqûres, des ulcérations à bords indurés, taillés à pic, comme les ulcérations syphilitiques, avec une périostose très-marquée du bras, conçut des craintes et des soupçons. Mais il suffit de sa présentation à l'Académie de médecine pour éclairer ce diagnostic et montrer qu'il ne s'agissait pas là d'une vaccine syphilitique.

En effet, cet enfant, vacciné le surlendemain de sa naissance à l'hôpital de la Pitié, par une religieuse chargée de ce service, avait présenté tout d'abord des pustules régulières, normales, si bien qu'elles servirent à vacciner son frère, âgé de dix-sept mois, avec un complet succès et sans rien d'anormal. Ce n'est qu'ensuite qu'elles s'ulcérèrent, mais sans présenter la couleur chair de jambon cru spéciale au chancre infectant. L'enfant ne présenta du reste ni engorgement ganglionnaire, ni plaques muqueuses à la gorge ou ailleurs. Le défaut de cet intermédiaire obligé des accidents secondaires avec le chancre infectant et l'absence d'accidents, chez le frère vacciné, suffisaient à montrer qu'il s'agissait là d'ulcérations simples, comme il s'en présente parfois malgré leur apparence suspecte.

M. Gubler a souvent constaté, à la Maison municipale des nourrices, des ulcérations analogues chez les nouveau-nés, vaccinés le lendemain ou le surlendemain de leur naissance comme celui-ci. Les enfants strumeux, malvenants, les présentent de même et on les a constatées plusieurs fois chez des soldats revaccinés, notamment chez de jeunes artilleurs en garnison à Toulouse. Il suffit de les panser convenablement pour les voir se cicatriser. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Vaccine phlycténoïde. Deux jeunes enfants ayant été vaccinés à quelques jours d'intervalle par M. Dumontpallier, il ne dit pas avec quel vaccin, le premier, atteint de bronchopneumonie, présenta au quatrième jour une pustule phlycténoïde et autour de ces phlyctènes se développèrent, jusqu'au neuvième jour, 70 pustules vaccinales phlycténoïdales. Une tuberculose miliaire enleva l'enfant.

Les pustules furent aussi phlycténoïdales chez le second enfant, mais moins nombreuses que sur le premier. L'une d'elles, n'ayant pas ce caractère, ayant servi à inoculer 14 autres enfants, 9 eûrent des vaccinations anormales à

forme phlycténoïde et plusieurs moururent dans l'année. Mais deux de ces enfants, ayant été revaccinés avec du vaccin de génisse, eurent des pustules vaccinales légitimes. (*Soc. de biol.*, avril.)

D'où le danger de se servir du vaccin de pustules anormales et de considérer celles-ci comme garantissant de la variole, alors que les succès d'une vaccination ultérieure semblent infirmer cette valeur préventive.

VAGIN ARTIFICIEL. *Emploi de l'électrolyse.* Ce curieux résultat a été obtenu par le professeur L. Le Fort, sur une femme de 26 ans, n'ayant jamais été réglée par l'absence de vagin. Dès l'âge de 15 ans, des troubles généraux accompagnaient chaque période menstruelle, et les règles étaient remplacées par des hémoptysies, des hémorrhagies par la peau des jambes, des épistaxis accompagnés de douleurs toujours très-vives.

Dix opérations sanglantes avaient été pratiquées en 1872, à l'hôpital de la Pitié, par M. Labbé, en vue de créer un vagin artificiel; mais il n'en résulta qu'un infundibulum de quelques centimètres de profondeur. Une onzième opération, faite dans le même but en 1875, détermina une pelvi-péritonite si grave qu'il fallut renoncer à l'instrument tranchant.

Le nouveau moyen, employé par M. Le Fort, consista à introduire un cylindre de buis, terminé par un embout métallique, mis en rapport avec le pôle positif d'une batterie de petits éléments au sulfate de cuivre, le pôle négatif aboutissant à une plaque métallique entourée d'un linge mouillé placé sur l'abdomen; le courant, très-peu énergique, n'est pas senti par les malades et n'amène de petites eschares qu'au contact immédiat des réophores métalliques. L'appareil était mis en place chaque soir et conservé toute la nuit. Peu à peu, la tige fit son chemin dans la cloison vésico-rectale, et, le 26 février, elle avait pénétré jusqu'au col utérin; car, pour la première fois, la malade eut à l'époque menstruelle un écoulement de sang par le vagin, écoulement peu abondant, se faisant jour difficilement encore, car il y eut, conjointement, des douleurs abdominales et une légère hémoptysie. Mais, le mois suivant, le traitement, qui avait été continué, avait creusé un canal suffisamment large; les règles

furent normales, sans douleurs, et ont continué depuis avec la plus grande régularité.

Après deux mois de séjour au Vésinet, cette femme rentra à l'hôpital Beaujon, le 1er juillet, et l'on reprit le traitement pour donner cette fois, au vagin, la largeur suffisante ; enfin, le 29 juillet, l'examen au spéculum, devenu possible, permit de constater la présence du col utérin, col petit et irrégulier, placé à dix centimètres de profondeur. Un hystéromètre, introduit dans l'orifice du col, pénétra à six centimètres et demi de profondeur dans la cavité utérine qui présente, par conséquent, sa longueur normale. Le résultat est donc complet. Pour le rendre permanent et éviter le rétrécissement du canal artificiellement formé, il suffira à la malade, à défaut de moyens plus physiologiques que comporte son âge, d'introduire quelquefois, pendant la nuit, un pessaire intra-vaginal formé d'une tige cylindro-conique de buis ou d'ivoire. (*Acad. de méd.*, juillet.)

VARIOLE. *Évolution épidémique.* Une nouvelle doctrine tend à prévaloir sur la marche des épidémies varioliques, comme sur celle du choléra. On sait que les explosions cholériques qui ont éclaté à une ou plusieurs années d'intervalle, en Russie, pendant l'été, ne sont pas considérées, en général, comme le résultat d'importations nouvelles, mais la suite, la continuation de la même épidémie, s'assoupissant pendant le froid pour se réveiller lors des chaleurs. Au contraire, étant admis que le froid, l'hiver, favorise le développement spontané ou contagieux de la variole (*V. année* 1874), M. Besnier ne voit dans la rémission automnale ou estivale qui peut se manifester, non une décroissance réelle, ni une disparition absolue, mais une simple rémission due à des influences contraires à sa propagation. L'entier développement d'une épidémie de variole ne serait plus de quelques mois ni d'une année même, mais d'une série d'années. Une exacerbation se renouvelant chaque année, à la même époque, en serait le caractère avec des oscillations saisonnières.

Il trouve une preuve évidente de la vérité de cette interprétation dans l'échelle progressive des oscillations ascendantes de la variole à Paris, pendant les hivers successifs des quatre dernières années. Voici ces chiffres :

Premier trimestre de	1873	6 décès.
— —	1874	4 —
— —	1875	44 —
— —	1876	102 —

A l'appui de cette interprétation, il invoque la coïncidence de l'exacerbation dans les divers arrondissements, surtout les plus frappés. C'est ainsi que celui du Panthéon, qui avait été le principal foyer de la variole en 1875, a encore été le plus frappé en 1876. (*Union méd.*, n° 57.)

Mais ne peut-on pas trouver aussi dans les conditions de la population agglomérée, dense et pauvre de cet arrondissement, des causes qui expliquent une contagion plus facile et fréquente? Ce n'est donc qu'en se renouvelant dans des conditions opposées que le fait pourrait confirmer l'interprétation de M. Besnier. C'est aux médecins à l'étudier.

Propagation par contagion. Au lieu du génie épidémique, *sine materia*, admis encore par quelques médecins, M. J. Rendu, interne des hôpitaux de Lyon, ayant remonté à la source de la variole qui a régné dans cette ville, sous forme épidémique, en 1875, a constaté les faits suivants :

Le 24 avril, arrive à Lyon un détachement du 27e de ligne, venant de Mâcon, où existait alors une petite épidémie de variole. Un militaire de ce régiment, *un seul*, présente les symptômes de la petite vérole quelques jours après son arrivée au camp de Sathonay, et, transporté à l'hôpital des Collinettes, il y succombe. Sa mort est rapidement suivie, durant le mois de mai, de l'apparition de 27 cas de variole dans ce même hôpital ; mais le foyer s'éteint les premiers jours de juin, car on défend alors de recevoir, à l'hôpital, des malades autres que les varioleux.

Mais la variole se montra bientôt dans l'intérieur de la ville. Les façades qui donnent directement sur les Collinettes sont les premières visitées par l'épidémie (13 cas) ; la façade sud-est, la seule indemne, est séparée de l'hôpital par un vaste square. Les maisons voisines sont ensuite atteintes, et l'on peut relever dans ce quartier un total de 52 cas, de la fin de mai à la fin de juillet. De ce quartier, la maladie rayonne dans les différentes parties de la ville, et le chiffre de ces cas isolés, formant de petits foyers secondaires, s'élève à 88.

Ce n'est pas tout : un détachement d'infirmiers militaires part des Collinettes le 14 mai, se rend pour la saison des bains à Bourbon-l'Archambault, et l'un de ces infirmiers est atteint de la variole le lendemain de son arrivée. Quelques jours après, un capitaine de hussards et d'autres militaires, en traitement dans le même hôpital, étaient victimes de cette maladie. Des cas semblables se sont produits à Longchêne.

En somme, de la fin d'avril au commencement de décembre, M. Rendu a recueilli près de 200 cas, pour lesquels il a suivi la filiation, et qui *tous*, sauf 3 où elle a échappé, faute de renseignements suffisants, se rapportent à la contagion.

Cette action de la contagion est surtout sensible dans les hôpitaux. Dans les services spéciaux ou d'isolement des varioleux, elle est presque nulle. Sur 159 admissions de l'extérieur dans l'hôpital temporaire et les autres salles d'isolement des hôpitaux de Paris, pendant le dernier trimestre de 1875 et le premier de 1876, il ne s'est déclaré que 3 cas intérieurs. Qu'un seul varioleux, au contraire, soit introduit dans les salles communes, comme cela est arrivé par exception à l'hôpital des Enfants, et voici tous les non-vaccinés atteints aussitôt et qui meurent pour la plupart. Des cas de rash variolique, confondus avec la rougeole, sont admis dans les salles communes du Val-de-Grâce, et aussitôt plusieurs varioles y éclatent, de même que dans tous les hôpitaux où il n'y a pas de service spécial.

A l'Hôtel-Dieu de Rouen, notamment, où cet isolement n'a lieu que pour les varioleux militaires séparés des autres malades par un simple vitrage, la même dissémination a eu lieu tout récemment. Quelques soldats varioleux ayant été reçus au mois de mars dernier, la contagion s'est rapidement répandue dans tout l'hôpital. Sur 10 cas reçus dans la clinique médicale, 9 avaient été contractés à l'intérieur, dont plusieurs mortels. 4 élèves en médecine, heureusement vaccinés, furent atteints. Tout l'hôpital a été ainsi envahi, à défaut d'un service d'isolement effectif.

Isolement à domicile. Demandé par MM. Diday et Soulier, dans le cours de la discussion soulevée sur les faits précédents à la *Société de médecine de Lyon*, comme cela est pratiqué en Suisse. Dès que la variole apparaît dans un village

ou une ville, les habitants de la maison infectée sont séquestrés, sans autre communication avec l'extérieur que les rapports indispensables. Plus d'école pour les enfants, plus d'ateliers pour les adultes, et un écriteau, placé sur la porte avec ces mots : *Petite vérole,* indique le danger de pénétrer dans la maison. Tous les habitants sont soumis à la vaccination ou à la revaccination et, après la guérison, les variolés sont soumis à des bains et de nombreuses lotions savonneuses avant de sortir. Les vêtements et la literie sont lavés et désinfectés, sinon brûlés; la chambre ou l'appartement sont aussi désinfectés.

A New-York, le médecin est tenu, sous peine d'amende, de déclarer à l'autorité tous les cas de variole et autres maladies contagieuses, comme on l'exige en France des propriétaires d'animaux et des vétérinaires qui les traitent. Les varioleux qui ne peuvent rester chez eux sont transportés d'office dans une voiture et un navire spéciaux à l'île voisine de Blakwell où est l'hôpital spécial, d'où ils ne sortent que guéris et bien nettoyés. Toute communication avec le dehors est interdite aux varioleux qui restent chez eux. Les vêtements, la literie sont aussi lavés, désinfectés, sinon brûlés.

Il y aurait lieu, pour MM. Diday et Soulier, de recourir à des mesures semblables. Obligation pour les familles et pour les médecins de déclarer à l'autorité tout cas de variole en ville sous peine d'amende et même de dommages-intérêts envers les personnes qui pourraient la contracter ensuite sous le même toit. Après la liberté accordée aux habitants d'évacuer les lieux dans les quarante-huit heures du début, période pendant laquelle la variole est moins contagieuse que par la suite, l'isolement devrait être complet. Après ce terme, personne ne pourrait plus sortir de la maison et aucun visiteur ne serait admis dès que l'écriteau indicateur serait placé sur la porte. Ce n'est pas d'ailleurs, selon M. Soulier, une salle dans les hôpitaux ordinaires qui suffit à l'isolement complet, efficace des varioleux; il faut un hôpital isolé, soit un baraquement, entouré d'arbres, avec chambres payantes et des sœurs âgées pour infirmières. (*Lyon méd.* 1875.)

Ces mesures sévères ne seraient pas de trop contre une maladie aussi grave et contagieuse. Etant dans l'intérêt de tous, elles ne sauraient être trouvées trop radicales.

Salus populi suprema lex. Mais leur exécution rigoureuse est-elle toujours possible, surtout dans les grandes villes? Comment séquestrer dans ces populeuses cités ouvrières, surnommées républiques, et qui comptent jusqu'à 500 habitants, vivant au jour le jour de leur travail, dans le cas où l'un d'eux voudrait se faire soigner à domicile? Il faudrait évidemment l'expulser de force. C'est alors la violation du domicile avec atteinte à la liberté individuelle. Où cela ne conduirait-il pas? Aussi sont-elles souvent éludées en Suisse et à New-York, où il est plus facile de les appliquer qu'en France. La résistance du public ignorant est telle, contre les mesures sanitaires, qu'il préfère laisser mourir les varioleux plutôt que de s'y soumettre. Sur 158 cas de variole constatés à New-York l'année dernière, il y avait 60 morts quand ils furent découverts. L'isolement facultatif à l'extérieur est bien préférable; mais à la condition d'empêcher les enfants qui entoureraient le varioleux de se répandre dans les écoles et dans les ateliers. Quant aux réfractaires, aux imprudents, il faut toujours les laisser se perdre.

Destruction des hardes et chiffons. Aux exemples cités de transmission par le linge, les chiffons, observés à New-York (*V. année* 1875), M. le docteur Gibert en ajoute un concluant. Il a observé que l'épidémie de Marseille, qui a fait 692 victimes en 1875, a pris naissance dans les arrondissements habités par les fripiers et les chiffonniers; qu'elle s'y est maintenue et aggravée, notamment dans les 6e, 9e, 10e, 13e et 15e, partout où il existe des dépôts de vieilles hardes, là où l'on en fait le dépouillement et le commerce. Et rapprochant de ce fait l'intensité de l'épidémie coïncidante de Paris dans le 5e arrondissement (*Panthéon*), où il y a eu 70 victimes sur une mortalité totale de 219, du 1er janvier au 30 septembre, quartier dans lequel il se fait un commerce important de chiffons, il conclut à ce que la vente des hardes, linges, habits provenant des varioleux, soit formellement interdite; que, dans les familles et dans les hôpitaux, ces vêtements soient brûlés, et que des secours soient accordés aux indigents pour les aider à remplacer les susdits objets. Le transport des balles de chiffons lui paraît aussi ne devoir être autorisé que sous un emballage imperméable pour mieux protéger les personnes chargées de leur manutention contre les

maladies cutanées ou contagieuses. (*Marseille méd.*, février.)

M. Gibert demande en outre qu'une voiture spéciale soit destinée au transport des varioleux et qu'il soit interdit aux voitures publiques de les recevoir comme à Londres où les convalescents ne peuvent voyager dans les chemins de fer, ni les voitures publiques, ni même sortir et se promener librement tant qu'ils conservent des croûtes ou des cicatrices récentes de la variole.

En 1873 déjà, M. le docteur Gintrac, à Bordeaux, signalait de nouveaux cas de variole importés par l'émigration espagnole et d'autres survenus chez des femmes travaillant à l'industrie des chiffons ayant servi sans doute à des varioleux. La revaccination de ces ouvrières, ordonnée par leur patron, a dû les en prémunir.

Il vajuolo (La variole); *Conferenze cliniche* du docteur E. Maragliano, professeur particulier de pathologie générale à l'Université de Gênes, rédacteur en chef du journal *La Salute*; deux brochures in-8° avec tableaux synoptiques.

C'est en posant des lois fixes sur l'intensité de la fièvre, et surtout l'élévation de la température dès le début, c'est-à-dire pendant les deux premiers jours, que l'auteur cherche à permettre de diagnostiquer, avant l'éruption caractéristique, les différentes variétés de variole, en prévoir la gravité et les distinguer de la varioloïde et de la varicelle. Des tableaux synoptiques, dressés d'après des faits cliniques, observés à l'hôpital, servent de base à cet effet. L'apyrexie dès le matin du second jour indiquerait ainsi la varicelle; celle du troisième jour indiquerait la varioloïde, de même que si la température n'est pas inférieure à 39° le matin du second jour. Une température de 38 à 39° le matin du quatrième jour indique une variole grave; maligne, si elle est de 40° et au-dessus dès le matin du second jour. Lorsqu'après s'être ainsi élevée, la température se maintient au-dessus de 39°, le quatrième jour, une variole hémorrhagique est à prévoir.

Bien que ces données n'aient pas une valeur exclusive ni absolue, leur importance est évidente pour servir au diagnostic et au pronostic dès le début. L'auteur montre, d'après les faits, que l'on peut prévoir et annoncer la mort par l'observation de la température dès les premiers jours. De là l'utilité de ces brochures.

VASELINE. Substance nouvelle et peu connue, analogue à la cosmoline, qui ne l'est pas davantage, et qui paraît être la même chose. Elles forment le résidu de la distillation du pétrole, purifié par filtration sur le charbon animal. D'après les expériences récentes de MM. Naylor et John Moss, ce ne sont pas des corps définis, mais de simples mélanges de paraffines. Ce sont des corps gras légèrement jaunâtres, translucides, semi-fluides, comme la glycérine inodore, non volatiles, insolubles dans l'eau, à peine dans l'alcool, très-solubles dans l'éther, le chloroforme, la benzine, le sulfure de carbone et l'essence de térébenthine. L'alcool les précipite de ces diverses solutions sous forme de masses cristallines.

Très-employées aux Etats-Unis et en Angleterre comme excipient des pommades et pour lubréfier les instruments de chirurgie. Leur indifférence à l'action des réactifs et au contact de l'air les rend précieuses à cet égard. La vaseline surtout, douce, onctueuse, inodore et inaltérable à l'air, peut être employée très-utilement. Les pommades d'iodure de potassium et de soufre, qui s'altèrent si facilement avec l'axonge, ont pu, préparées avec la vaseline et renfermées dans des pots mal bouchés, rester deux mois et demi sans altération. Une feuille de papier enduite de ce corps gras et suspendue en l'air dans le laboratoire, près de la porte, était, après deux mois, aussi inodore que le lendemain de son arrivée d'Amérique, dans une boîte en fer blanc hermétiquement fermée. Fondue avec une partie de paraffine sur quatre, elle forme des suppositoires d'une bonne consistance, d'un joli aspect, qui fondent à la température du corps humain.

En attendant que ses propriétés curatives de la toux, du rhume, des angines et des catarrhes, des ulcères et des dartres soient mieux établies, on peut donc l'utiliser sous ce rapport. (*Bull. de la Soc. de pharm. de Bordeaux*, mars.)

VERSION ÉVOLUTIVE. Au lieu de terminer immédiatement l'accouchement par l'extraction de l'enfant, un jeune médecin, M. Hottenier, a soutenu, dans sa thèse inaugurale, (*Paris* 1875), que, en dehors de toute indication d'urgence, notamment quand l'utérus conserve sa contractilité, on peut laisser le fœtus retourné sans l'extraire. Il s'agit

alors d'un simple accouchement physiologique par le siége et son pronostic doit être, suivant lui, plus heureux que celui de la version compliquée.

Comment admettre qu'après une version, toujours plus ou moins laborieuse, même exécutée dans les meilleures conditions, l'utérus conserve assez de tonicité et de contractilité pour expulser l'enfant dans de meilleures conditions et avec plus de chances de vie que les mains de l'accoucheur? Il ne faut pas avoir assisté beaucoup de femmes pour émettre une pareille opinion, et le fait est que l'auteur ne s'appuie que sur quelques cas. Ce ne peut être une règle, mais une très-rare exception dont l'accoucheur doit être laissé juge.

VERTIGES. Vertige mental. M. le professeur Lasègue désigne sous ce titre, faute de mieux, une catégorie de perversions intellectuelles, d'états vertigineux délirants dont la symptomatologie offre une grande analogie avec le vertige simple des altitudes. C'est un sentiment d'angoisse précordiale, épigastrique, à forme compressive, qui se retrouve le même au début des anxiétés vertigineuses. Une sensation de collapsus, de défaillance imminente y succède avec plus ou moins de mollesse et de tremblement des membres inférieurs comme si le sol se dérobait sous les pieds. Un trouble visuel, un brouillard, sorte d'obnubilation, survient parfois comme au début d'une défaillance.

L'étourdissement, la gyration n'ont pas lieu, et, malgré des spasmes gastriques, le malaise général ne se produit pas comme dans le mal de mer. L'inquiétude morale, la peur d'une chute dans l'espace, l'appréhension d'une défaillance mortelle devient bientôt le symptôme dominant qui se traduit par la pâleur du visage, la constriction thoracique, l'angoisse respiratoire, la rétraction de la peau du scrotum, l'algidité, la sueur froide, diffuse ou partielle. Le danger est nul, le malade le sait, il reconnaît même qu'une balustrade élevée, solide, le protége contre tout accident, mais la raison, même rappelée, a perdu toute résistance, et le malade ne peut commander à sa préoccupation anxieuse.

Dans cet état, le vertigineux se maintient dans une immobilité souvent forcée, c'est le vertige passif; d'autres fois, il

est en proie à une impulsion qui le porte à se précipiter dans le vide, s'il n'était retenu; c'est le vertige actif.

Ces stades n'ont rien de constant; l'un et l'autre peuvent manquer, mais l'impression mentale existe toujours et exerce une action si profonde que les malades conservent une triste réminiscence des moindres détails de leurs impressions.

Dans certains cas, le point de départ visuel est manifeste. Une jeune fille, par exemple, est prise de malaise physique et intellectuel en se regardant dans une glace; pour une autre, c'est en fermant les yeux brusquement; une autre, en s'éveillant. Et cela en pleine conscience. D'autres fois, c'est à l'aspect d'une épingle, d'une allumette, d'un fragment de verre ou d'un animal que la crise a lieu. Une angoisse vertigineuse se produit et le malade est surtout impressionné moralement.

Le cas est encore plus grave quand le stade visuel manque ou passe inaperçu et que la crise débute par des troubles généraux et le vertige mental. On peut ainsi croire à des conceptions délirantes, mais le début brusque de l'accès avec malaise initial, précordial, épigastrique, doit faire diagnostiquer le vertige mental. La préoccupation continuelle, invincible des malades, dont le caractère *pathognomonique* est de ne reposer que sur l'avenir, comme la peur d'être ruinés, déconsidérés, et ces craintes s'étendant même à leur famille, leurs amis, confirme ce diagnostic. La raison persiste à être intacte, mais sans pouvoir triompher des appréhensions.

Le délire vertigineux n'étant qu'une affaire de sensation et de sentiment, son pronostic n'a pas de gravité. Le malaise appréhensif est la conséquence d'un ictus physique sans lequel la crise ne se produit pas. Il est identique à celui de cause visuelle et détermine les mêmes accidents. Les personnes sujettes au vertige mental le sont ordinairement à celui des altitudes sans que la réciproque existe.

Mais à côté de ces cas où l'intelligence ne joue aucun rôle, il en est d'autres où elle intervient en donnant du corps aux sensations, en les commentant et les expliquant. Le malade devient alors délirant et le pronostic de cette variété est beaucoup plus grave. (*Acad. de méd.*, janvier).

Vertige laryngé. M. Charcot se demande s'il n'y a pas lieu d'admettre cette nouvelle variété d'après les faits qu'il a observés. Un homme goutteux et asthmatique, ayant été pris d'un accès de toux dans son cabinet, tomba comme foudroyé, mais put ensuite se relever sans présenter aucun autre phénomène morbide. Plusieurs cas semblables ont été relatés, et l'on cite même celui d'un homme qui fut guéri d'accidents épileptiformes à la suite de l'excision d'un polype du larynx. (*Soc. de biologie.*) S'il y a vertige, on peut donc bien le rapporter à la difficulté de la respiration, à la suffocation résultant de la toux nerveuse ou d'un obstacle mobile. Mais ceux-ci n'expliquent-ils pas suffisamment ces accidents nerveux sans le vertige ?

VISION. *Mouvements de l'iris.* La contraction de l'iris est généralement regardée comme un signe de vision. C'est sur lui que de Græfe se basait pour découvrir la simulation, dans les amblyopies ou amauroses unilatérales. Dès que l'iris se contractait au brusque contact de la lumière solaire, il déclarait que la vision n'était pas abolie.

Des expériences concluantes d'Albini ont confirmé ces prétentions. Chez différents animaux, il a détruit les tubercules quadrijumeaux et déterminé ainsi la cécité de l'œil du côté opposé à la lésion, ce qu'il constate en enlevant l'œil sain, et pourtant l'iris conserve ses mouvements dans celui qui reste. Ce signe ne peut donc servir, au point de vue médico-légal, à dire que la vision est conservée. (*Il Morgagni*, janvier.)

Pour distinguer la cécité unilatérale réelle de la simulation, le docteur Cras conseille de s'en tenir à la contraction de la pupille. En face de la lumière, la pupille d'un œil frappé de cécite reste dilatée, l'œil sain étant couvert, mais, en remettant les deux yeux en pleine lumière, les deux pupilles se contractent vivement. Si, en couvrant l'œil perdu, la pupille de l'œil sain n'éprouve aucune modification, c'est un signe de cécité réelle. (*Arch. de méd. navale*, V. XIV.)

En donnant ce signe comme nouveau dans son *Recueil d'ophthalmologie*, M. Galezowski l'explique par ce fait que la dilatation de la pupille étant sous l'influence du cordon cervical du grand sympathique et sa contraction sous celle de la troisième paire dont les filets se distribuent au sphincter,

il suffit que la lumière vienne exciter celles-ci pour que la contraction ait lieu et agisse par action réflexe de l'un sur l'autre, c'est-à-dire de l'œil sain sur l'œil perdu, tandis qu'en étant nulle sur celui-ci, quand l'œil sain est fermé, la dilatation persistera, puisque le sympathique est seul en jeu.

Il semble superflu, après ces moyens si simples et applicables par tous les médecins, de relater ceux si compliqués du docteur Monnoyer : savoir, les procédés du biprisme à double et à triple effet, des réseaux à diffraction et des épreuves stéréoscopiques, qui sont spécialement applicables aux amblyopes. (*Gaz. hebd.*, nº 25.)

Il est évident que des hommes spéciaux, comme les médecins militaires faisant partie des jurys de recrutement, peuvent seuls se servir de ces moyens.

Influence de la température. Dix-huit mois après un violent étourdissement et une paralysie consécutive du membre inférieur droit, un verrier de 26 ans éprouva une faiblesse de la vue surtout à gauche. A son entrée à l'hôpital, M. Maurice Raynaud constate une grande faiblesse des membres inférieurs sans incoordination ni autres troubles des sens, sauf un grand mal de tête et l'affaiblissement de la vue. Le malade peut à peine se conduire et lire, dans une atmosphère chauffée, tandis que, à l'air frais et au jardin, il voit beaucoup mieux, surtout à jeun. Ayant éprouvé une grande amélioration pendant un bain de rivière, on le mit dans un bain de 20 à 23 degrés où il put lire les caractères les plus fins, même avec l'œil gauche seul, tandis qu'il ne pouvait distinguer que les très-grosses lettres du journal auparavant. Il en était de même de la perception des couleurs. L'ophthalmoscope montra un état exsangue du fond de l'œil gauche qui devenait plus rosé lors du refroidissement du corps.

Pris successivement à l'hôpital de scarlatine et de varioloïde légère, ce malade devient presque aveugle pendant la période fébrile, tandis que la vue s'améliora dès que la température fut revenue à l'état normal. Quelle que soit la lésion cérébrale, ce fait est typique de l'influence de la température sur la vision. (*Archiv. de méd.*, 1875.)

Des troubles visuels ont été aussi observés chez des militaires atteints d'oreillons. (*V. ce mot.*)

Z

ZONA DE LA LANGUE. Cette observation curieuse et unique a été recueillie par le docteur Gellé, chez une demoiselle de 55 ans, dont la mère était morte d'un carcinôme utérin, le frère d'un cancer intestinal et dont le grand-père paternel avait la goutte. Sujette aux coliques néphrétiques avec issue de calculs, elle fut prise, en avril 1875, de douleurs de la langue qui se localisèrent bientôt au côté gauche. Provoquées par les boissons et les aliments, elles devinrent ensuite spontanées avec élancements de la tempe gauche à la joue et la pointe de la langue. Tempe et joue douloureuses au toucher avec rougeur tenace au-dessous de la pommette. Blancheur mate de la surface dorsale de la langue et teinte veineuse foncée, d'un violet noir, de la face inférieure ; elle est douloureuse au moindre mouvement déterminé par la parole et la déglutition, sensation localisée de brulûre en deux endroits limités. Salive poisseuse s'écoulant de la bouche au moindre geste. L'alimentation est devenue impossible par la douleur extrême causée même par les liquides, dès qu'ils portent à gauche, au point d'amener des lipothymies. La commotion s'irradie à la moitié gauche de la face, sous forme de névralgie unilatérale du trijumeau. Le point le plus sensible correspond à l'épanouissement sous-cutané du nerf sous-orbitaire, dont la peau est rouge avec marbrures. La douleur à la pression révèle les foyers de la névralgie de la cinquième paire. Gencives saines et indolores.

Quant à la langue, dont le volume est normal, ses papilles sont plus accusées et molles à gauche qu'à droite. Il n'y a pas de coloration anormale dans leur intervalle. Le bord gauche est arrondi, non dentelé et très-flexible, sans induration ni déformation; mais le moindre attouchement y provoque des douleurs qui amènent les larmes. Deux points surtout : auprès de la pointe dans le tiers antérieur et dans le tiers moyen en arrière. Ils correspondent à des espaces libres de dents de l'arcade dentaire, mais occupés par un râtelier qui a été enlevé. Des plaques ovalaires, légèrement

saillantes ici et excavées là, modifient la surface de ces points douloureux. Il y a de petits îlots d'un rouge vif entourés de bords pâles, sans que toutes les papilles soient atteintes. L'étendue de ces plaques ne dépasse pas deux centimètres de long sur un de large, dans le sens du bord de la langue, mais en s'étalant plus sur le dos. Leurs bords arrondis se fondent, sans festons ni talus, avec les surfaces voisines. Aspect uniforme des deux plaques.

Un traitement suivi, approprié aux principales indications, a eu difficilement raison de ces lésions qui ont cependant fini par disparaître, un mois après, ainsi que les élancements; les douleurs diminuaient en même temps que celles-ci. Les points névralgiques au contraire ont encore persisté et n'ont cédé qu'à des vésicatoires morphinés.

Éliminant par exclusion l'aphthe, le psoriasis buccal, la plaque muqueuse, la gomme ulcérée, M. Gellé arrive à diagnostiquer un zona caractérisé par l'exulcération superficielle de ces deux plaques, limitées du côté gauche, douloureuses au point d'empêcher la parole et l'alimentation et coïncidant avec une névralgie faciale. L'analogie de ces trois phénomènes, avec ceux du zona de la peau, la nature diathésique et surtout arthritique de cette affection, et les antécédents de cette nature décelés par la gravelle urique, chez le sujet de l'observation, servent de base à ce diagnostic. C'est donc aux praticiens à en contrôler l'exactitude par les faits analogues ou similaires qui doivent se présenter à leur observation. (*Tribune méd.*, n° 403, mai.)

FIN

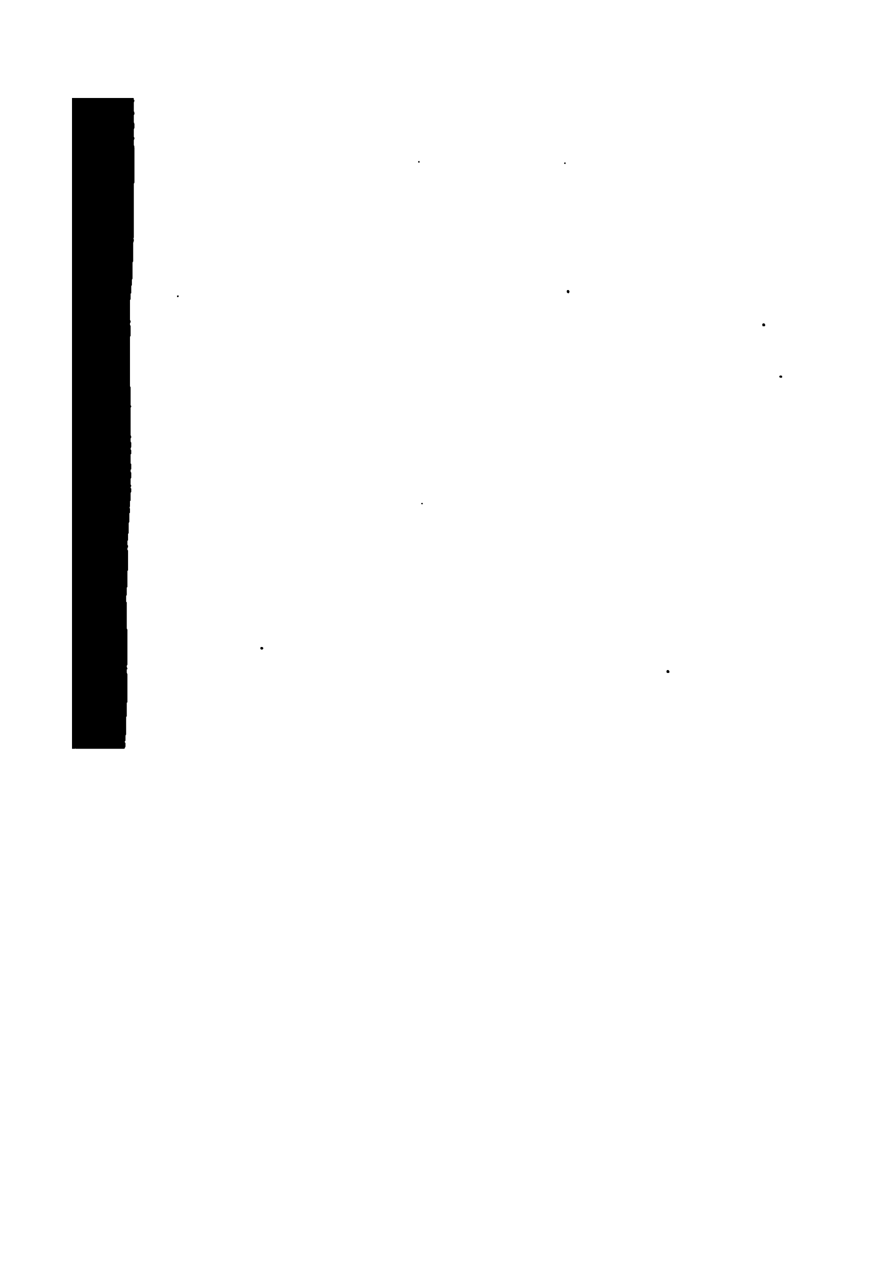


TABLE DES AUTEURS

FIN DE LA TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

COULOMMIERS. — TYPOG. ALBERT PONSOT ET P. BRODARD.



